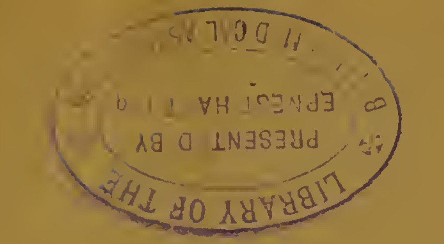
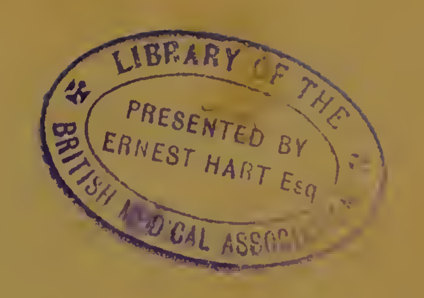

22102084864


LIBRARY OF THE



ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE

DES

AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE

SOUS LA DIRECTION DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT.

Ce volume est une publication de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire ; F. Lafargue, ancien élève de l'École Polytechnique, Secrétaire général, 46, rue Jouffroy (boulevard Malesherbes), Paris.

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE
PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION
DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT.

LE DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE

PAR LE
Dr MAGNAN
Médecin en chef à l'Asile Sainte-Anne
ET LE
Dr P. SÉRIEUX
Médecin-adjoint des Asiles de la Seine

PARIS
GAUTHIER-VILLARS ET FILS,
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
Quai des Grands-Augustins, 55

GEORGES MASSON, ÉDITEUR,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, 120

14781320



CHAPITRE PREMIER

LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET LE DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE.

Sommaire : Le délire chronique à évolution systématique ; ses quatre périodes : incubation, persécution, ambition, démence. Le délire chronique, espèce pathologique indépendante, doit être étudié à part et nettement séparé des délires systématisés des dégénérés.

Histoire des délires systématisés : Pinel, Esquirol : lypémanie et monomanie ; Guislain, Lasègue : son délire de persécution, englobant tous les malades avec idées nettes de persécution, comprend des espèces cliniques à début et évolution différents. Morel décrit des hypochondriaques persécutés devenant ambitieux :

il s'agit de bouffées délirantes chez des dégénérés. Foville : sa mégalomanie comprend à côté d'hallucinés persécutés devenus ambitieux, des ambitieux d'emblée, hallucinés ou non et d'autres formes sans analogie avec le délire chronique.

Griesinger : la folie systématisée secondaire. Schüle : son délire systématisé chronique comprend, à côté de cas rentrant dans le délire chronique, des formes à évolution très différente. Krafft-Ebing tend à renfermer dans le même cadre tous les délires systématisés. Kraepelin, Morselli et Buccola, Amadei et Tonnini, Bucknill et Hack-Tuke, Maudsley.

Sous le nom de *délire chronique à évolution systématique* [1], nous entendons décrire une espèce morbide toujours identique à elle-même qui, par sa nature, son début et sa marche, doit être nettement séparée des psychoses systématisées des dégénérés. Dans son évolution régulière, la maladie parcourt quatre stades bien définis se succédant dans un ordre invariable. Le délirant chronique est d'abord soumis à une période d'*incubation* qui passe souvent inaperçue.

---

[1] M. Paul Garnier a proposé le nom de *psychose systématique progressive ;* M. Camuset, celui de *délire chronique régulier ;* M. Marandon de Montyel, celui de *psychose systématique.*

Il est triste ; ses idées sont assombries, le monde extérieur le heurte péniblement, il est dans une anxiété vague qu'il ne s'explique pas. Il ne délire pas encore ; il est inquiet, s'habitue peu à peu aux interprétations fausses, aux illusions sensorielles (*période d'inquiétude*). Puis le délire de persécution s'organise ; les conceptions délirantes se systématisent sous l'influence des hallucinations auditives et autres (*période de persécution*). La maladie poursuivant sa marche progressive, l'on voit, à travers les idées de persécution, apparaître quelques idées de satisfaction ; un jour vient où le délire de grandeurs prédominant a presque effacé le délire de persécution (*période de grandeurs ou période ambitieuse*). Dans le 4e stade du délire chronique la démence survient ; parallèlement à l'affaiblissement mental les conceptions délirantes se dissolvent (*période de démence*).

Suivant la phase de la maladie à laquelle on examine les délirants chroniques, ce sont tantôt des *inquiets*, tantôt des *persécutés*, tantôt des *ambitieux*, tantôt des *déments*. Ces aliénés à physionomie si personnelle, à marche si régulière, à pronostic constant, ne peuvent rester confondus au milieu de tous les persécutés, de tous les mégalomanes. Sous ces noms, en effet,

des espèces morbides bien diverses ont été englobées ; ces groupements, établis d'après la seule couleur du délire, constituent des faisceaux hétérogènes de formes psychopathiques à marche et à pronostic différents. Il importe au clinicien de reconnaître et de distinguer parmi les persécutés ceux qui sont appelés à devenir mégalomanes sans retour en arrière, ceux au contraire qui peuvent impunément être tour à tour persécutés, ambitieux, hypochondriaques, mystiques et dont le pronostic est tout différent. Enfin, dans le délire chronique, viennent se grouper, d'une façon naturelle, plusieurs états considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes, des monomanies : la démonopathie, le délire des persécutions, la mégalomanie, la théomanie. Nombre de ces diverses formes symptomatiques ne sont que des épisodes successifs de l'espèce pathologique dont nous entreprenons ici l'étude ; les autres doivent rentrer dans les délires des dégénérés.

Avant d'aborder la description des quatre périodes du délire chronique à évolution systématique, il nous faut faire rapidement l'histoire des variations par lesquelles ont successivement passé les conceptions des délires systématisés. De tout temps il a existé parmi les aliénés des

malades dont les allures caractéristiques, la physionomie spéciale ont attiré l'attention des observateurs. Manifestement délirants, ils n'en présentent pas moins ce phénomène singulier de l'intégrité plus ou moins apparente des facultés syllogistiques ; ce sont des fous sans doute, mais des fous qui peuvent vivre longtemps de la vie commune, qui savent discuter, écrire des mémoires justificatifs et défendre leurs conceptions délirantes avec parfois assez d'adresse pour convaincre leur entourage. L'attention, la mémoire, la réflexion peuvent paraître peu ou point touchées ; le point de départ de leurs raisonnements est faux, mais enfin ils raisonnent.

Paul Zacchias, Boerhaave, Lorry, Rush, Kant avaient, à la fin du siècle dernier et au début du nôtre, entrevu sans y insister d'ailleurs, les *délires* dits *partiels*, qu'ils confondaient sous le nom de mélancolie et les avaient distingués du *délire général*. Pinel, en 1809, décrivit les deux formes opposées que peut prendre le délire mélancolique : « c'est quelquefois une bouffissure d'orgueil, et l'idée chimérique de posséder des richesses immenses ou un pouvoir sans bornes ; c'est d'autres fois l'abattement... le désespoir. » Mais ce n'était là pour ainsi dire qu'un fait d'observation vulgaire : le clinicien avait le devoir

d'aller au delà et d'établir parmi ces malades à délire limité des distinctions qui n'ont pas tardé à s'imposer. C'est Esquirol qui, le premier, fit entrer la médecine mentale dans cette voie nouvelle ; il donna de nombreuses observations de ces diverses formes cliniques, les isola des autres espèces pathologiques, leur imposa une dénomination spéciale et créa la *monomanie* (μόνος, seul ; μανία, folie), caractérisée par une lésion partielle de l'intelligence, des affections ou de la volonté.

Esquirol divise la monomanie en *lypémanie* ou *mélancolie*, caractérisée par « un délire partiel et une passion triste et oppressive », et en *monomanie* proprement dite, ayant pour signe caractéristique un « délire partiel et une passion excitante ou gaie ». La monomanie elle-même comprend diverses formes : dans la *monomanie intellectuelle*, « le désordre intellectuel est concentré sur un seul objet... les malades partent d'un principe faux, dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques, et dont ils tirent des conséquences légitimes qui modifient leurs affections et les actes de leur volonté ; hors de ce délire partiel, ils sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde ; des illusions, des hallucinations, des associations vicieuses d'idées, des

convictions fausses, erronées, bizarres sont la base de ce délire... ». — Dans la *monomanie affective* les malades « ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leur caractère sont pervertis ; par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments, et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite. Tantôt la volonté est lésée : le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réprouve, que la volonté n'a plus la force de réprimer ; les actions sont involontaires, instinctives, irrésistibles... c'est la *monomanie instinctive.* »

Dans le portrait que trace Esquirol de certains lypémaniaques et de certains monomaniaques, nous trouvons bien des traits qui appartiennent à nos délirants chroniques à la période de persécution ou à la période de grandeur : « Le lypémaniaque se croit soumis à l'influence funeste de l'électricité ou du magnétisme ; il se persuade qu'avec des agents chimiques on peut l'empoisonner, ou qu'avec quelques instruments occultes, la physique lui prépare mille maux, entend tout ce qu'il dit quoique à de très grandes distances, ou même devine toute sa pensée. »

Esquirol faisait rentrer ainsi les malades que nous étudions ici, les uns dans la lypémanie, les autres dans les monomanies intellectuelles, à côté d'états psychopathiques bien différents et aujourd'hui décrits isolément (*Délires des dégénérés. — Impulsions et obsessions, syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale*). Cette confusion ne devait pas être facile à détruire, puisque, dix ans après la publication du Mémoire de Lasègue sur le délire de persécution, on retrouve encore dans les auteurs cette dernière forme parmi les monomanies intellectuelles à côté du délire du toucher.

Malgré les critiques dont elle a justement été l'objet, cette conception des monomanies a eu sa raison d'être ; ç'a été une des étapes par lesquelles on devait passer pour arriver à la conception actuelle des psychoses systématisées et du délire chronique à évolution systématique. Pendant longtemps elle a régné presque sans conteste dans la science et a compté parmi ses défenseurs les noms les plus autorisés : « Quelle différence, dit Baillarger, entre l'aliéné qui, parmi les innombrables idées que l'intelligence peut enfanter, n'en offre qu'un petit nombre de lésées, conserve une activité normale, peut vaquer aux choses ordinaires de la vie, et le maniaque

ou le mélancolique, dont l'intelligence entièrement bouleversée amène une activité désordonnée ou une inertie que rien ne peut vaincre. »
Et cependant que de légitimes critiques les monomanies ont suscitées : division artificielle, reposant bien plus sur l'aspect extérieur du malade, sur ses allures générales, que sur la pathogénie et l'évolution de la maladie, la monomanie, d'une part, groupait ensemble des espèces différentes, de l'autre, répartissait dans des classes distinctes des formes identiques, enfin elle isolait et constituait comme entités pathologiques des aspects symptomatiques, des épisodes de la même affection.

Plus tard, des tentatives furent faites pour isoler des monomanes et des mélancoliques, des malades présentant un type tout particulier. La plus retentissante de toutes est la constitution de la forme décrite par Lasègue sous le nom de *délire de persécution*. Avant d'aborder l'examen de cette œuvre capitale, rappelons les travaux de Guislain qui, en 1852, séparait le *délire accusateur* ou *monodélire accusateur* de la mélancolie, et insistait sur l'attitude caractéristique de ce délire qu'il considérait même comme un état maniaque : « Ce maniaque, loin de s'accuser, est une victime. Il lance des accusations contre ses

amis, ses proches, contre des êtres imaginaires. Il se croit entouré de malfaiteurs... Il est en butte à la malveillance... on trame contre lui des complots, des conspirations, « on m'en veut... des influences malignes sont dirigées contre moi ; c'est l'électricité, c'est le magnétisme... »

Lasègue, dans sa monographie [*Du délire de persécution*, (*Arch. gén. de Méd.*, févr. 1852)], a eu le rare mérite de détacher du grand complexus symptomatique désigné par Esquirol sous le nom de *lypémanie*, un groupe de malades présentant un délire partiel, caractérisé par l'existence d'idées de persécution systématisées. Il ne s'agissait pas de ces idées de persécution plus ou moins confuses que l'on peut rencontrer d'une façon épisodique dans le délire alcoolique, dans les états maniaques, dans la démence sénile, l'épilepsie ; dans la forme qu'il étudiait, le délire de persécution organisé en système constituait à lui seul toute la maladie. Certes, on ne saurait assez proclamer le progrès réalisé par Lasègue ; il faut cependant reconnaître qu'il est des points par lesquels son œuvre prête à la critique. Pour bien établir le type, il s'en est tenu à la période d'état, négligeant ainsi la marche de la maladie. Il a bien indiqué la période pro-

dromique, mais il a fait observer que, si certains persécutés arrivent lentement, progressivement à construire leur roman systématique, il en est d'autres chez lesquels ce travail de formation du délire *est si rapide, qu'on saisit avec peine le premier degré.* Si Lasègue ne se fût pas arrêté à la *période de floraison*, comme il le dit, et s'il eût continué à suivre l'évolution et la terminaison de la maladie, il serait arrivé à ce résultat inévitable que les persécutés chez lesquels la période prodromique fait défaut sont justement ceux dont il eût constaté la guérison assez prompte. Par suite, il n'eût pas rangé dans une même espèce pathologique, d'une part, des malades qui guérissent souvent, d'autre part, des malades qui ne guérissent jamais. Ces persécutés hallucinés qui guérissent rapidement sont, pour la plupart, des héréditaires dégénérés et, quelquefois aussi, des alcooliques sub-aigus, plus rarement des intermittents. Ils ont les apparences d'un délirant chronique à la seconde période, mais ils en diffèrent complètement par leurs antécédents, par le mode de début du délire et surtout par son évolution ultérieure. Ils n'offrent jamais la marche systématiquement méthodique du délire chronique.

Une seconde assertion que nous devons rele-

ver, puisqu'elle a été cause de fréquentes erreurs, c'est que le délire de persécution pouvait s'accompagner ou non d'hallucinations. Après avoir parlé des illusions et des interprétations délirantes du début, Lasègue ajoute : « Jusque-là le malheureux persécuté s'est maintenu dans les limites des sensations vraies sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes ; un certain nombre de malades ne vont pas au delà. Ce qu'il a entendu, il a pu, il a dû l'entendre, et, bien qu'il ne dépasse pas cette mesure, *il peut parcourir tous les échelons et arriver au terme le plus avancé de la maladie;* d'autres, au contraire, sont poursuivis par des hallucinations sans être ni plus ni moins gravement malades. » Plus loin nous voyons encore : « L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée, ni l'antécédent nécessaire du délire de persécution, mais elle est la seule qui soit compatible avec lui. »

Lasègue, ayant compris dans le délire de persécutions des persécutés sans période prodromique, des persécutés sans hallucinations, c'est-à-dire des persécutés souvent curables, s'est trouvé naturellement porté à admettre une période de décroissance du délire, comme il ressort du passage suivant : « J'ai suivi le délire de persécution depuis son début jusqu'à sa période d'état.

Comme je ne veux établir qu'un type et déterminer les caractères qui doivent entrer dans sa définition, il sera hors de propos d'étudier sa marche décroissante ou de chercher les indications thérapeutiques. »

Du reste, d'après la statistique de Lasègue, la proportion des femmes atteintes de délire de persécution s'élèverait à 25 pour 100. Ce chiffre énorme prouve éloquemment que Lasègue comprenait dans ce groupe un grand nombre de cas qui ne lui appartiennent pas. Cela est si vrai, que plus tard ce maître entrevoyait lui-même les imperfections de son œuvre et, à propos du délire alcoolique sub-aigu, insistait particulièrement sur le diagnostic avec le délire de persécution. Plus tard encore, ayant eu à s'occuper de plusieurs aliénés persécuteurs non hallucinés, il présentait un groupe spécial de *persécutés-persécuteurs* distinct du délire de persécution. Le Mémoire de Lasègue se termine par quinze observations très écourtées sans doute, mais dont la lecture cependant vient confirmer ce que nous avons dit et montrer à côté les uns des autres des faits de nature différente.

En résumé, le délire de persécution de Lasègue a marqué un pas en avant, en séparant des lypémaniaques et des monomanes d'Esquirol, un

groupe de malades dont l'aspect clinique était bien caractéristique ; mais cette espèce pathologique, basée presque exclusivement sur un caractère symptomatique, l'idée nette de persécution, a dû englober des faits disparates. De là une confusion regrettable qui n'est pas sans exercer encore une certaine action sur les débats actuels. Aujourd'hui, il fallait nécessairement faire un choix parmi les persécutés de Lasègue, car les uns sont hallucinés, d'autres ne le sont pas ; les uns arrivent d'emblée à l'idée systématisée de persécution, d'autres n'y aboutissent qu'après une longue préparation ; les uns guérissent, les autres sont voués à l'incurabilité.

Morel, en 1860 [1], à propos du délire et des actes consécutifs à l'hypochondrie-névrose, décrit le délire hypochondriaque et, dans un chapitre spécial, parle des persécutés qui deviennent des ambitieux. S'il n'admettait que des persécutés devenant ambitieux, il s'en trouverait certainement parmi eux beaucoup qui seraient des délirants chroniques ; mais, pour Morel, il faut

---

[1] Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 703.

qu'ils soient hypochondriaques d'abord ; or, l'hypochondrie, nous le savons, est le plus souvent une manifestation des dégénérés, et, comme le délire chronique se montre exceptionnellement chez ses derniers, il ne paraissait guère probable que l'hypochondriaque persécuté, ambitieux, pût présenter des caractères assez fixes pour entrer dans le cadre du délire chronique. La lecture des deux observations que Morel donne comme exemples types montre surabondamment qu'il s'agit là de dégénérés apportant dans leur délire la mobilité qui caractérise la plupart d'entre eux. Dans la première il s'agit d'un homme de 28 ans, à tendances mélancoliques dès l'âge le plus tendre, d'une émotivité extrême, névropathe, migraineux, qui, à la suite d'un soufflet reçu dans une réunion publique, devient plus triste, craintif, et tout à la fois hypochondriaque et persécuté. Il a des alternatives de stupeur profonde et de violente agitation avec des paroxysmes de fureur ; il présente des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations multiples de tous les sens, se croit en enfer, craint d'être empoisonné ; puis devient rapidement ambitieux, entend la voix de Dieu qui vient le chercher pour régner, etc... Enfin, après la succession de tant de délires variés, le patient

finit par guérir, ce qui ne nous surprend nullement avec cette mobilité et cette multiplicité des phases délirantes. Ce malade ne peut évidemment rentrer ni dans le délire de persécution de Lasègue, ni dans le délire chronique.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de 25 ans, ayant commis des actes extravagants toute sa vie ; c'est, dit Morel, un aliéné hypochondriaque porté au suicide, à l'homicide, aux excès vénériens et bachiques. Voici du reste le passage relatif à ces dispositions maladives : « Pour échapper à cette tendance qui l'entraînait au meurtre d'une façon irrésistible, Lemaître s'enfuyait du toit conjugal avec l'argent qu'il pouvait emporter ; il parcourait alors les campagnes, entrait dans les cabarets, et commettait des excès incroyables. Ce n'est que lorsqu'il avait épuisé ses dernières ressources qu'il revenait à la maison, hébété, abattu, abruti, honteux de lui-même, mais calme en apparence. Il reprenait son travail, promettait de ne plus recommencer, demandait pardon à sa femme et déplorait ses égarements. La crise était passée ; mais, après quelque temps de repos, les mêmes phénomènes se reproduisaient, sous l'influence des mêmes causes, et les absences se prolongeaient toujours davan-

tage. Puis arrive une bouffée de délire ambitieux ; le malade raconte qu'il est appelé à sauver l'Etat et qu'il doit devenir un des plus fermes soutiens de l'Empire. Plus tard, il est traduit en Cour d'assises pour avoir mis le feu à une meule de gerbes de blé afin de se faire rendre justice. Ce malade a guéri de ce premier accès et a pu quitter l'asile, mais après une rechute, il a été ramené à Quatre-Mares. Comme le précédent, ce malade n'est pas plus le persécuté décrit par Lasègue et M. Falret qu'il n'est notre délirant chronique.

Examinons maintenant le mémoire vraiment remarquable de Foville sur le délire des grandeurs [1]. Nous trouvons dans ce consciencieux travail, la contre-partie du délire de persécution. Foville s'approprie quelques-uns des hallucinés persécutés de Lasègue devenus des hallucinés ambitieux, et il les range dans une nouvelle espèce pathologique : *la mégalomanie*. Si Foville s'était contenté de comprendre les seuls persécutés devenus ambitieux, nous serions bien près de nous entendre ; mais la mégalomanie de

---

(1) FOVILLE. *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871.

Foville ne contient pas seulement les délirants chroniques (persécutés hallucinés à longue éclosion devenus plus tard ambitieux) ; cet auteur fait entrer aussi dans le cadre de la mégalomanie des sujets qui, d'emblée, ont des hallucinations et des idées ambitieuses ; d'autres qui ont des idées ambitieuses et pas d'hallucinations ; d'autres chez lesquels le délire des grandeurs se montre le premier et est suivi de délire de persécution ; si bien que nous nous trouvons encore en présence des mêmes difficultés : nous avons un groupe clinique, la mégalomanie qui réunit des sujets très différents au point de vue non seulement des caractères mêmes du délire, mais aussi du début et de l'évolution de la maladie.

Foville étaye la mégalomanie sur douze observations : dans les quatre premières, il s'agit d'héréditaires dégénérés. Le premier malade est un jeune homme de 22 ans, fils naturel d'une mère morte aliénée, qui a déjà antérieurement manifesté des anomalies d'instincts et de sentiments : le délire ambitieux s'est produit sans l'intervention d'hallucinations. Le malade suivant est un dégénéré avec délire ambitieux consécutif à des hallucinations. Dans la troisième observation, il s'agit d'un délire des grandeurs primitif avec

hallucinations et idées de persécution secondaires. Le quatrième malade présente un délire polymorphe : idées de persécution et de grandeur simultanées. L'observation V est un cas de délire chronique : mégalomanie — délire partiel systématisé — hallucinations — idées de persécution — délire des grandeurs consécutif. L'observation VI est la seule sur les douze où l'on trouve du délire hypochondriaque qui, nous l'avons vu, devrait, d'après Morel, se montrer constamment ; le sujet paraît être un dégénéré. Les six autres observations sont un peu écourtées, mais elles semblent se rattacher pour la plupart au délire chronique.

Cela suffit pour nous donner une idée de ce groupement de faits, qui malgré le caractère symptomatique commun qu'ils puisent dans la mégalomanie, n'en constituent pas moins une mosaïque clinique où l'on chercherait en vain une marche et un pronostic pouvant se rattacher à tous les cas.

Nous trouvons dans les auteurs allemands des vues sensiblement analogues à celles que nous venons d'exposer ; mais une grande confusion règne dans la nomenclature psychiatrique. Les termes de *Wahnsinn* et de *Verrücktheit* ont pour divers auteurs une signification différente :

on peut dire cependant qu'ils correspondent à peu près à la monomanie et aux délires partiels des anciens aliénistes français. Mendel (1881), Werner (1889) et tout récemment Snell ont proposé de renoncer définitivement aux appellations précédentes qui ont rendu inextricables les diverses classifications et d'employer pour désigner la folie systématique le terme de *Paranoïa*. Mais les dénominations anciennes de *Wahnsinn* et de *Verrücktheit* n'ont point pour cela disparu de la terminologie et sont employés aujourd'hui concurremment avec le mot de *Paranoïa*. Sous cette dernière étiquette certains auteurs groupent d'ailleurs, comme nous le verrons, non seulement les délires systématisés (*Paranoïa chronique*), mais encore des formes hallucinatoires aiguës qui en sont bien différentes (*Paranoïa aiguë*).

Quelques considérations historiques nous fixeront sur la signification très-variable de ces divers vocables. Griesinger (1845-61) désignait sous le nom de *Verrücktheit* les formes correspondant aux monomanies et aux délires partiels (folies systématisées). Il les considérait comme n'étant que le second stade d'une affection mentale dont la première période était affective (manie, mélancolie) d'où le nom de *secundäre Ver-*

rücktheit. Snell (1865), Westphall (1876) et Sander démontrèrent plus tard qu'il y avait une série de cas dans lesquels il n'existait aucun stade mélancolique antérieur ; ces formes systématisées primaires constituèrent la *primäre Verrücktheit*. Nous devons ajouter que Griesinger, en 1867, avait lui-même modifié sa manière de voir et croyait à la possibilité du développement primitif des états systématiques. Pour terminer ce qui a trait à la forme secondaire, disons tout de suite que Mendel, qui a substitué, comme nous l'avons vu, le mot *Paranoïa* à la *Verrücktheit*, affirme n'avoir trouvé que 3 états secondaires sur 150 paranoïaques ; Westphall, de son côté, déclarait en 1884 ne pouvoir admettre qu'un délire systématisé fût consécutif à un état primaire.

Griesinger rangeait d'autre part les folies systématisées dans les états d'affaiblissement intellectuel. Baillarger a protesté contre cette conception ; d'ailleurs Griesinger lui-même avouait « qu'il se faisait dans ces psychoses un travail intellectuel encore assez actif, et que le délire subissait l'influence de la réflexion, du raisonnement et se systématisait. » Le même auteur distingue une forme de folie systématisée avec un délire actif, exalté (le sujet est Dieu, roi, maître

de la nature) ; une autre avec délire passif, déprimé (le malade est persécuté, tourmenté par l'électricité, etc.). Griesinger insiste sur ce fait que les hallucinations et les illusions ne sont, dans aucune des formes de la folie, aussi fréquentes que dans la folie systématisée, et, dans beaucoup de cas, ce sont elles qui nourrissent et entretiennent principalement le délire.

Examinons maintenant les opinions des auteurs contemporains tels que Schüle, Krafft-Ebing, Kraepelin. Rappelons brièvement les grandes lignes de la classification du Dr Schüle (1). Il distingue les psychoses survenant chez l'individu à *développement organo-psychique complet* et les psychoses de l'individu à *développement organo-psychique défectueux* (dégénérés avec leurs stigmates psychiques particuliers : lacunes morales et intellectuelles, idées obsédantes, perversions sexuelles). — Dans la première division l'auteur établit deux grands groupes basés sur la force de résistance cérébrale et décrit ainsi les *psychoses du cerveau va-*

(1) SCHULE. *Traité clinique des maladies mentales.* 3e édition. Trad. française de MM. Duhamel et J. Dagonet. Paris, 1888.

lide et celles *du cerveau invalide.* — L'affaiblissement de la résistance cérébrale peut être congénital (simple prédisposition), ou acquis : les psychoses du cerveau invalide pouvant, par exemple, succéder à des psychoses du cerveau valide. Certains délires systématisés (délires de persécution, délires ambitieux) rentrent parmi les psychoses des dégénérés : c'est le *délire systématisé originel des héréditaires* (*originäre Verrücktheit*) ; les autres font partie des psychoses du cerveau invalide. Citons parmi ces derniers le *délire systématisé chronique* (*chronischer Wahnsinn*) qui comprend deux formes : le délire de persécution et le délire systématisé ambitieux chronique. L'*originäre Verrücktheit* ressemble au *Wahnsinn chronique* par les symptômes, mais en diffère par les signes des dégénérés ; dans cette forme, le délire des persécutions et le délire ambitieux peuvent se précéder l'un l'autre, éclater simultanément, marcher parallèlement, se remplacer brusquement, s'entremêler.

Dans le chapitre consacré au *Wahnsinn chronique*, Schüle, après avoir décrit le délire des persécutions avec sa période d'incubation, étudie « la complication de délire ambitieux qui s'ajoute ou se substitue au délire des persécu-

tions. Tantôt elle peut se produire d'une manière en quelque sorte spontanée, inconsciente, tantôt elle est la suite logique du délire antérieur. Ce caractère ambitieux de l'affection est le signe d'une haute gravité, sinon de l'incurabilité... » A côté de ces faits qui répondent à notre délire chronique, Schüle décrit, toujours sous le nom de *Wahnsinn chronique*, des formes débutant par une phase de manie ou par un délire systématisé à forme dépressive aiguë ; il range aussi sous ce nom des cas où un délire de persécutions périodique alterne avec un délire ambitieux également périodique ; d'autres où, dans le cours d'un délire des persécutions, éclate brusquement soit un délire hypochondriaque, soit un délire ambitieux qui revêt parfois la forme d'un accès maniaque ; d'autres encore dans lesquels le délire des persécutions se produit d'une façon inconsciente et subite. La terminaison en est très variable. Le *chronischer Wahnsinn* est donc bien, pour employer l'expression de Schüle lui-même, une affection protéiforme. A part ces distinctions de délire de persécutions chez les dégénérés et de délire de persécution chez des cerveaux invalides, distinction qui du reste ne répond en aucune façon à notre manière de voir, nous en sommes toujours au point

où en était Foville dans sa mégalomanie.

V. Krafft-Ebing [1] désigne sous le nom de Wahnsinn des formes différentes de notre délire chronique et du *Wahnsinn* de Schüle. *L'hallucinatorischer Wahnsinn* est essentiellement caractérisé par « l'excitation des centres sensoriels dans un cerveau épuisé » ; la multiplicité des hallucinations amène un trouble profond de la conscience avec production secondaire d'un état maniaque ou mélancolique. Ces formes hallucinatoires aiguës qui correspondent pour la plupart aux délires d'emblée des dégénérés n'ont rien à voir avec le délire chronique. Laissant de côté la distinction établie par Schüle, l'auteur décrit dans le groupe des dégénérescences psychiques la *Paranoïa* ou *primäre Verrücktheit* qu'il distingue en *originäre Paranoïa* et en *Paranoïa tardive*. La première forme débute dans l'enfance ou à la puberté, elle est relativement rare (16 cas sur 550 paranoïaques). La seconde comprend elle-même parmi ses subdivisions le délire de persécutions et la mégalomanie. « Ces deux délires peuvent d'ailleurs, dit

---

(1) R. V. Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie* 3e édit. Stuttgart, 1888.

Krafft-Ebing, se présenter soit simultanément, soit isolément... Il n'est pas rare que, dans le cours de l'évolution d'un délire de persécution, des idées de grandeur surviennent, si puissantes qu'elles supplantent presque entièrement le délire primitif. Le malade jusqu'alors persécuté devient empereur, Dieu. » L'auteur décrit ces persécutés comme ayant dès l'enfance un caractère sombre, excentrique, des idées hypochondriaques. Il admet qu'il peut, bien que très rarement, ne pas y avoir d'hallucinations ; il déclare n'avoir pas vu un cas de guérison sur 500 observations, mais seulement des intervalles lucides de durée éphémère. L'exposé qui précède nous montre que le *chronischer Wahnsinn* de Schüle, que la *Paranoïa persecutoria* de Krafft-Ebing sont bien plus compréhensifs que le délire chronique, et renferment comme le délire de persécution de Lasègue, comme les persécutés hypochondriaques de Morel, comme la mégalomanie de Foville, des formes cliniques disparates.

Kraepelin (1) admet comme Schüle que la Verrücktheit (délires systématisés) se développe sur

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, dritte Auflage. Leipzig, 1889.

« un terrain d'invalidité psychique avec insuffisance de la critique ». Cette invalidité peut être congénitale ou être survenue dans le cours de l'existence du sujet. L'auteur critique les dénominations de Westphall, de Schüle et de Mendel, qui désignent sous un même nom des espèces cliniques très diverses, telles que les formes hallucinatoires aiguës (*acüte Verrücktheit*, Westphall ; *acütes Wahnsinn*, Schüle) et les délires systématisés chroniques (*Primäre Verrücktheit*, Wesphall : *Chronischer Wahnsinn*, Schüle). Il se refuse à placer à côté de psychoses aiguës curables ayant pour origine principale des causes extrinsèques à l'individu, des psychoses constitutionnelles chroniques incurables. Il constate les difficultés qui se sont opposées jusqu'ici à toutes les tentatives faites pour établir dans le groupe des folies systématisées, des divisions réellement cliniques. Les causes de l'affection, la genèse des conceptions délirantes, la couleur du délire ne peuvent servir de base à une classification scientifique des formes diverses de la Verrücktheit. Cependant Kraepelin, après avoir avoué l'insuffisance des conceptions des délires systématisés émises jusqu'à ce jour en Allemagne et malgré les critiques très fondées qu'il adresse à la classification symptoma-

tique basée sur le contenu du délire (idées de grandeur, idées de persécution), se contente, faute de mieux, de diviser la folie systématisée en deux grandes classes comprenant la forme expansive et la forme dépressive.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer au sujet des différentes opinions sur les délires systématisés en France et en Allemagne nous permettront d'être brefs dans l'étude des doctrines acceptées en Angleterre et en Italie. En 1882, Buccola [1] fit connaître, dans ce dernier pays, les idées des Allemands sur les folies systématiques primitives. Morselli et Buccola (1883) [2] insistent sur les différences qui doivent faire isoler ces formes des autres espèces cliniques : nous retrouvons là les arguments qui avaient, il y a longtemps, fait créer en France pour ces états psychopathiques, le terme de délire partiel. Mais les auteurs précédents englobent dans la *pazzia sistematizzata primitiva* des malades bien divers : on y voit à côté des monomanies

---

(1) Buccola. *I delirii sistematizzati primitivi (Riv. sperim. di freniatria*, 1882).

(2) Morselli et Buccola. *Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva*. Torino, 1883.

intellectuelles d'Esquirol et des délires de persécution, des idées fixes, des folies hypochondriaques, des délires hystériques à forme érotique, des états raisonnants (*mattoïdes*), etc. C'est pour eux une psychose dégénérative ; ils en signalent la marche chronique, le peu de retentissement sur les facultés intellectuelles proprement dites, la transformation très tardive en une véritable démence (distinction avec la manie et la mélancolie) ; ils insistent sur la rareté des guérisons et sur le niveau intellectuel des sujets qui constituent la partie la plus intelligente et la plus laborieuse des asiles.

Amadei et Tonnini [1] admettent, contrairement aux auteurs précédents, qu'il existe des délires systématisés primitifs survenant en dehors de la dégénérescence mentale, et ils opposent cette *paranoïa psycho-névrotique* à la *paranoïa dégénérative*. Ils distinguent bien les formes aiguës des chroniques, les originelles des tardives, les formes hallucinatoires des formes non hallucinatoires ; ils signalent la transformation du délire de persécution en dé-

[1] Amadei et Tonnini. *La Paranoïa e le sue forme (Archivio italiano per le malattie nervose.* Milan, 1883-84).

lire de grandeur, mais ils ne tiennent pas compte de l'évolution particulière des conceptions délirantes pour isoler une espèce particulière.

En Angleterre, MM. Bucknill et Hack Tuke, dans leur manuel de médecine psychologique, rapportent la classification admise par le Congrès de médecine mentale de 1867 dans laquelle figure le délire de persécution, « *Delusion of persecution* », mais n'adoptant pas cette classification, ils comprennent les délires de persécution dans une forme mentale qu'ils désignent sous le nom du « *delusional insanity* », où se trouvent confondus les délires des dégénérés et le délire chronique [1].

Dans son intéressant ouvrage *Le crime et la folie*, M. Maudsley fait rentrer dans la folie partielle intellectuelle les délires de persécution sans établir aucune distinction entre eux. Ils figurent d'ailleurs à côté de la mélancolie avec hallucinations hypochondriaques, de la folie homicide, etc. (p. 177).

Sous le nom de *folie intellectuelle*, Ham-

---

(1) John Charles Bucknill and Daniel Hack Tuke. *A manual of psychological medicine*. 1874, p. 51 et 202.

mond[1] englobe les formes les plus diverses ayant pour caractère essentiel la *delusion*. « Les délusions peuvent reposer sur des illusions ou sur des hallucinations : d'autres fois, elles résultent d'un raisonnement faux, fondé sur des prémisses imaginaires, mais n'ayant elles-mêmes aucun rapport avec les impressions sensorielles. » En somme, nous retrouvons là la monomanie intellectuelle d'Esquirol.

Nous venons de voir les lacunes des travaux de nos devanciers et les desiderata des contemporains. Les persécutés de Lasègue, les mégalomanes de Foville, les paranoïaques des Allemands présentent-ils les caractères d'une espèce pathologique à marche et à pronostic constants? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative. La conception du délire chronique à évolution systématique nous paraît de nature à jeter quelque lumière dans le groupe des délires systématisés ; elle nous permet de pousser plus loin l'analyse et d'isoler parmi des formes actuellement confondues une espèce distincte. Le caractère du délire se montrant insuffisant pour servir à la

[1] HAMMOND. *Traité des maladies du système nerveux*. Traduct. française, 1879.

détermination de groupes cliniques homogènes, il est nécessaire de faire intervenir les antécédents du malade, d'étudier l'histoire entière de l'affection, son début et son évolution pour dégager, sous l'apparente uniformité des symptômes, des types morbides foncièrement dissemblables méritant une description et une dénomination spéciales.

CHAPITRE II

DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE : PÉRIODE D'INCUBATION ; PÉRIODE DE PERSÉCUTION

SOMMAIRE : Age auquel apparaît la maladie. Etat mental antérieur. Fréquence. Durée. Période d'incubation : inquiétude, soupçons, idées vagues de persécution, illusions et interprétations délirantes.

Apparition de l'hallucination de l'ouïe : période de persécution. Marche progressive des troubles sensoriels : chuchotements, mots isolés, monologues, dialogues. Echo de la pensée. Hallucinations unilatérales. Hallucinations motrices verbales. Troubles de la sensibilité générale, hallucinations génitales, olfactives et gustatives. Rareté des hallucinations de la vue.

Systématisation du délire. Modes de réaction du malade : il fuit les dangers imaginaires, il se défend, il attaque. Néologismes. Attitude caractéristique du patient. Réticences. Altérations de la personnalité.

Avant d'aborder la description des quatre périodes du délire chronique, nous devons donner quelques indications générales sur l'âge auquel apparaît habituellement la maladie, sur l'état mental antérieur du délirant chronique, sur la fréquence de l'affection suivant le sexe et aussi par rapport aux autres psychoses et enfin sur la durée.

Par l'époque de la vie à laquelle il débute, le délire chronique se sépare déjà du délire des dégénérés. Chez ces derniers, des conceptions délirantes peuvent éclore à tout âge, souvent d'une façon précoce, révélant ainsi d'une manière indéniable la tare originelle. Idées de suicide, dépression mélancolique, états maniaques, obsessions, impulsions, délires systématisés mêmes, toutes ces formes mentales morbides peuvent se manifester dès la jeunesse, parfois même dès l'enfance. Le délire chronique, au contraire, apparaît toujours à l'âge adulte, d'ordinaire vers 35 à 45 ans, assez souvent à la suite de chagrins et de soucis.

En outre de l'âge, une autre particularité des plus importantes appartient aux délirants chroniques : nous voulons parler de l'intégrité de l'état mental antérieur. La maladie frappe des sujets le plus souvent indemnes de tares héréditaires, n'ayant jusqu'alors présenté aucune anomalie intellectuelle ou morale, et d'ordinaire d'une intelligence développée : « Le délire de persécution, dit Lasègue, n'est pas la conséquence d'une forme de caractère : il se produit chez des individus très différents les uns des autres par leur humeur habituelle. » Chez les dégénérés au contraire, à défaut de l'apparition précoce du délire, il est toujours possible de retrouver l'existence, dès la jeunesse, de défectuosités psychiques. Sans doute, un délirant chronique peut avoir des antécédents héréditaires : il peut s'en rencontrer aussi qui soient porteurs d'une malformation physique : mais des tares héréditaires se rencontrent en dehors des dégénérés, et chez des paralytiques généraux, chez des maniaques simples et même chez des individus bien équilibrés. De ce qu'on trouve chez un délirant chronique une tare héréditaire ou un signe isolé de dégénérescence, il ne s'ensuit pas forcément qu'on ait affaire à un dégénéré.

Mais lisons les observations des malades : nous

voyons d'honnêtes mères de famille dont la vie s'est jusqu'alors écoulée au milieu des soins du ménage ; on en rencontre, même dans les asiles publics, qui ont une culture intellectuelle assez développée, un réel esprit d'observation. Ce sont souvent aussi des hommes intelligents, instruits parfois, sobres, qui, pour la plupart, sont arrivés jusqu'à la quarantaine sans que rien ait pu faire pressentir aux yeux de leurs proches un trouble mental quelconque. On ne trouve pas chez eux ce passé si riche chez certains dégénérés en aventures, en coups de tête, en désordres de tous genres, rempli pour les autres et dès l'enfance par des troubles émotifs, des alternatives d'excitation et de dépression. L'histoire de ces dégénérés reflète leur organisation cérébrale défectueuse, les lacunes de leur intelligence, de leur sens moral, et les défaillances d'une volonté toujours à la merci des impulsions du moment. Tous ces sujets sont rendus réfractaires, de par leur état mental, à une psychose à évolution systématique : « Si le fait de verser dans la folie, dit M. P. Garnier, indique toujours une aptitude particulière chez celui qui succombe ainsi, il faut remarquer pourtant qu'il n'est pas donné à toutes les intelligences de montrer dans ce délire la tenue, la coordination logique, la

méthode déductive du délirant chronique. »

Sans être rare, le délire chronique n'est cependant pas une des psychoses les plus communes. Les diverses statistiques ont donné des résultats différents suivant que l'on englobait dans une même classe tous les persécutés, ou que l'on ne tenait compte que des délirants chroniques proprement dits. Les chiffres qui expriment ces rapports sont intéressants, car ils nous montrent que le délire chronique, loin de comprendre des faits plus nombreux et plus complexes que le délire de persécution, laisse au contraire en dehors de lui des malades que n'isolait pas cette forme. Calmeil, dans des statistiques faites à Charenton, trouvait 1 monomaniaque sur 2,17 ; Lasègue arrivait chez la femme au chiffre de 26,48 persécutées pour 100 et chez les hommes au chiffre de 8,52 pour 100. Legrand du Saulle obtient le chiffre de 16,66 pour 100 pour les deux sexes (statistique de la Préfecture de Police 1867-71) ; Foville à Charenton trouve 19,49 persécutés pour 100 (1872). Les statistiques plus récentes donnent des chiffres moins élevés : le Dr Planès, dans une statistique portant sur 14 années (1872-1885), arrive pour les femmes atteintes de délire de persécutions au chiffre de 12 pour 100 et pour les hommes à celui de 6 pour 100 ;

MM. Christian et Ritti donnent les chiffres de 14,56 pour les femmes et de 6,72 pour les hommes. M. P. Garnier, dont les recherches ont porté sur la période triennale de 1886-88, trouve pour les femmes atteintes de délire chronique le chiffre de 8,64 pour 100, et pour les hommes celui de 2,16. Comme on le voit, il existe un écart considérable entre les chiffres de Lasègue (*délire de persécution*) et ceux de M. P. Garnier (*délire chronique*) ; mais, par contre, les délires des dégénérés sont nombreux dans la statistique de M. P. Garnier. Nous devons ajouter que tous les auteurs sont d'accord pour signaler la plus grande fréquence de la maladie dans le sexe féminin.

Quant à la durée du délire chronique elle est illimitée ; l'affection ne rétrocède jamais et poursuit sa marche fatale jusqu'à la mort du malade. On rencontre ainsi des délirants chroniques chez lesquels le début de la psychose remonte à vingt ans, trente ans et même plus.

Le début du délire chronique se fait d'une façon pour ainsi dire insidieuse : la première période ou *période d'inquiétude, d'incubation* ne s'offre pas avec des caractères bien tranchés : le malade éprouve un malaise général, un mécontentement qu'il ne peut s'expli-

quer. Il devient de plus en plus nerveux et excitable ; un coup de sonnette le fait tressaillir ; la visite d'un étranger est un événement qui lui donne à réfléchir ; il se montre inquiet, soupçonneux ; chez les femmes surtout se manifeste parfois une jalousie inaccoutumée. Le patient croit remarquer certains changements dans la manière d'être de son entourage ou même des étrangers : il dort mal, perd l'appétit, montre moins d'aptitude pour ses travaux accoutumés ; à cette phase de la maladie il pourrait être pris pour un hypochondriaque si déjà ne se manifestait chez lui cette tendance à chercher en dehors de lui, dans des influences étrangères, la cause des troubles divers qu'il éprouve : il ne veut point se croire malade, mais est déjà prêt à accuser autrui de ses souffrances vagues.

Peu à peu il lui semble qu'on l'observe, qu'on le regarde de travers, qu'on le dédaigne et qu'on le méprise ; il doute, reste hésitant au milieu d'idées variées, acceptées d'abord, repoussées ensuite, admises peu à peu et donnant lieu enfin à des interprétations délirantes. A cette époque de l'affection, les faits qui pour l'aliéné constituent le point de départ de son délire n'ont, comme le remarquait Lasègue, qu'une valeur relative ; « ce ne sont ni de grandes pertur-

bations ni de profondes douleurs... il s'agit d'émotions personnelles insignifiantes aux yeux de celui qui reçoit leurs confidences... Provoqué par des faits qui mériteraient presque le nom de *taquineries*, le délire ne s'accompagne pas de grands troubles du sentiment. » Le malade se demande parfois pourquoi on lui en veut, ce qu'il a fait, mais il ne pousse pas plus loin son enquête, ne recherche pas d'où lui viennent ces persécutions, ni quels sont ceux qui ont intérêt à lui nuire.

Le délirant chronique reste ainsi, parfois excité, d'ordinaire troublé, inquiet, préoccupé par les conceptions multiples qui commencent à l'assaillir. Tout ce qui sort du cercle étroit de ses préoccupations pénibles est pour lui non avenu. Les grands événements politiques, les pertes d'argent, les deuils de famille le laissent insensible : il a bien d'autres soucis, tourmenté qu'il est par le besoin de trouver dans les détails les plus insignifiants de la vie des preuves qui viennent confirmer ses inquiétudes. Il observe les moindres faits, saisit des allusions, comprend des mots à double entente, s'attribue les injures qu'on peut entendre dans la rue. Une personne qui oublie de le saluer, un geste qu'il surprend, un voisin qui tousse ou qui crache,

une porte qui s'ouvre ou se ferme, un regard, un sourire, les chants des gamins, les cris des oiseaux, mille riens lui servent de prétextes pour lancer son imagination maladivement exaltée à travers une série d'interprétations imaginaires ; ce sont là pour lui autant de marques de mépris. Les témoignages de bienveillance ou d'affection deviennent des moqueries, le silence lui-même est une offense. Le vague peu à peu s'efface : à l'hésitation succède la certitude et fortifiées par toutes ces preuves, ses convictions deviennent inébranlables. Dans cet état d'esprit le patient, toujours sur le qui-vive, épie, écoute : tantôt il surprend dans une conversation une phrase qu'il s'attribue : c'est l'*interprétation délirante* ; tantôt il se trouve blessé par tel mot insignifiant, mais dont le son présente quelque analogie avec une injure grossière, et qu'il confond avec celle-ci : c'est l'*illusion*. Lasègue fait très justement remarquer que la croyance à une persécution n'est que secondaire : « Il y a là autre chose que l'exagération d'une tendance naturelle. Les esprits les plus craintifs ne sont pas les plus prédisposés ; c'est un élément pathologique nouveau introduit dans l'organisme moral. Les idées de persécution sont provoquées par le besoin de donner une explication à des impressions mor-

bides probablement communes à tous les malades. » Un jour vient enfin où, chez ce sujet sans cesse aux écoutes, l'idée constante d'une persécution, la tension incessante de l'esprit, finissent par retentir sur le centre cortical auditif où les illusions de l'ouïe ont déjà révélé l'état d'éréthisme. La pensée suffit seule dès lors pour éveiller dans le centre sensoriel son signe représentatif, c'est-à-dire l'image auditive verbale : l'hallucination de l'ouïe apparaît. La barrière est alors franchie, et le malade entre dans la seconde période, celle des hallucinations multiples de nature pénible, des troubles de la sensibilité générale et du *délire de persécution.*

Nous n'insisterons point longuement sur le mécanisme de ce trouble élémentaire si important dans le délire chronique, l'*hallucination*. Les recherches anatomo-pathologiques, les expérimentations physiologiques contemporaines ont, on le sait, démontré l'existence, dans la couche corticale grise du cerveau, de territoires assez nettement délimités et présidant à la production de tel ou tel mouvement, ou à l'enregistrement de tel ou tel ordre de sensations. Les centres sensoriels sont les seuls qui nous intéressent actuellement ; c'est dans ces centres, réunis entre eux et communiquant avec la région frontale par des

fibres d'association, que viennent s'emmagasiner les images visuelles, tonales, olfactives, gustatives, tactiles, etc. Dans la théorie du mécanisme des hallucinations avancée par Tamburini, théorie qui concorde le mieux avec les données de la physiologie et de la clinique, l'hallucination a pour siège ces centres perceptifs corticaux ; elle est causée par un état d'excitation, une sorte d'automatisme de ces centres. Quand cet éréthisme est suffisant, la décharge a lieu ; l'image tonale ou visuelle surgit, comme si elle était provoquée par une impression périphérique, et elle retentit sur les régions psychiques supérieures avec tous les caractères des sensations normales. Ce trouble sensoriel est la représentation tellement fidèle de l'image physiologique qu'il entraîne une conviction complète et que les malades ne peuvent admettre qu'il s'agisse là d'un phénomène pathologique : « c'est pour me consoler que vous le dites », répondent-ils au médecin qui cherche à les persuader de l'origine maladive de ces sensations ; et, si l'on insiste, on les irrite sans parvenir à les convaincre. Parfois, comme nous l'avons vu, c'est la région antérieure qui finit par éveiller dans le centre perceptif l'hallucination ; c'est en sens inverse que se produit alors le phénomène et une pensée tenace,

continue, toujours la même, exerce à son tour une action puissante sur le centre cortical et appelle l'image ; celle-ci se produit enfin, mais son apparition est alors secondaire.

Au début, l'hallucination de l'ouïe n'est point une hallucination verbale ; elle se borne à reproduire des sons peu complexes : ce sont d'abord des « bourdonnements », des « bruissements », des « cloches » ; puis viennent des « voix basses », des « chuchotements » ; « on parle si bas, dit le patient, que je ne comprends pas ». Enfin, ce sont des mots isolés prononcés à haute voix, quelquefois des mots de langues étrangères si l'halluciné connaît plusieurs langues ; parfois ce sont des syllabes d'une langue inconnue. Une de nos malades entendit pendant un an des paroles qu'elle ne comprenait pas et pensait être devenue folle. L'éréthisme du centre auditif s'accroît avec les progrès de l'affection : toute sensation auditive, quelle qu'elle soit, suffit pour provoquer l'hallucination verbale. Les bruits rythmés ou continus, le bruit de l'eau tombant dans une baignoire, les battements du cœur, le bruit des roues de wagons, le tic-tac d'une pendule scandent ainsi des phrases : « Vous a-vez rai-son.... co-chon. » Les *voix* comme les appellent les malades, peuvent aussi se produire sans provocation sensorielle

d'aucune sorte ; le patient les entend dans le silence le plus profond comme au milieu du bruit ; elles se manifestent constamment, la nuit, le jour ; elles viennent de tous côtés, du sol, des murailles, du plafond, du plancher, des cheminées aussi, parfois de distances très éloignées. Ces voix accompagnent l'halluciné dans la rue, le poursuivent de leurs outrages ou de leurs lazzis ; s'il se retourne il ne voit personne. La vue ne se fait point complice des troubles sensoriels auditifs, les malades entendent leurs ennemis, mais ne les voient que très rarement ; on comprend ainsi l'expression dont se servent si souvent les délirants chroniques pour désigner leurs voix : *mes invisibles*. Tantôt ces voix ne se distinguent par aucun caractère des paroles réelles entendues par le patient ; tantôt, au contraire, certains malades différencient les « voix naturelles » des hallucinations, des « voix hypnotiques ». Ces dernières, nous expliquait l'un d'eux, sont basses et, transmises par les tuyaux de la police de sûreté, s'accompagnent d'un bruit de papotement : pap ! pap ! dû au bruit des lèvres dans le tuyau. »

Dans quelques cas le sujet remarque et raconte avec étonnement que toutes ses pensées sont répercutées immédiatement partout ainsi que par

un écho. C'est le phénomène de l'*écho de la pensée*. Parfois « les voix » répondent aux pensées du patient. « Tout ce que je pense, je l'entends aussitôt au loin, disent ces hallucinés : on me vole, on me prend mes pensées. » Un malade, écrivant à son frère pour lui demander de le faire placer dans une maison de santé, le priait instamment de choisir lui-même l'établissement, et de ne point lui faire connaître quelle devait être sa nouvelle retraite : « S'il le savait, ses ennemis, qui le tiennent à l'état d'hypnotisme, l'apprendraient à leur tour, puisqu'ils s'emparent de sa pensée, et pourraient le suivre dans sa nouvelle résidence, tandis qu'ils seront dépistés s'il ignore lui-même où il va. »

Parfois aussi, chaque acte du patient est énoncé à voix haute, l'idée qui l'accompagne à l'état physiologique suffisant pour éveiller l'image auditive correspondante ; le malade entend dire quand il se déshabille : « tiens, il enlève sa chemise, etc. ». Souvent les troubles sensoriels ne laissent pas au malheureux un instant de répit : persiflages, injures, accusations infâmes, menaces, se succèdent sans trêve ni repos. Un de nos malades, rentier, âgé de 46 ans, assez instruit, se plaignait d'être « hypnotisé par l'ouïe » des façons les plus diverses : « Comme il marche

bien, disait-on parfois, comme il est fort ; il pose. » Quelquefois on se contentait d'énoncer tous ses actes : « le voilà qui prend son mouchoir, etc. » Puis c'étaient des « voix énervantes » qui l'exaspéraient par la répétition incessante des mêmes injures et le privaient complètement de sommeil : « tu n'es qu'un saligaud, lui criait-on, un pédéraste, un faux républicain ». Tantôt c'était à sa famille que l'on s'attaquait : « Ton frère a violé une petite fille » ; « tous ceux que j'ai aimés ou que je puis aimer encore, écrivait ce malheureux halluciné, ma mère, mon père, tous les miens ont été systématiquement et sans pitié traînés dans la boue, et cela d'une façon si révoltante que ma plume se refuse à le consigner ici. » Certaines voix lui conseillaient le suicide : « Si j'étais toi, je me tuerais, je me jetterais par la fenêtre, je me poignarderais. » Elles lui proposèrent un jour de l'empoisonner et il accepta. On s'imagine aisément l'état de souffrance morale intolérable dans lequel finissent par se trouver les malades assaillis sans relâche par des troubles sensoriels aussi pénibles. « Cette pluie de chuchotements, écrit l'un d'eux, vous arrivant constamment dessus, finit à la longue par avoir quelque chose de grotesque et de monstrueux à la fois. »

Quand la maladie progresse, le centre cortical s'émancipe : des mots, des phrases, des *monologues* se produisent en dehors du courant d'idées du sujet ; si bien que celui-ci, pensant à autre chose, est interpellé par ses ennemis : il répond, et alors s'établit un *dialogue* entre le patient, représenté par le lobe frontal, et l'interlocuteur, cantonné dans le centre auditif cortical. Plus tard encore l'indépendance du centre sensoriel devient plus grande, il fonctionne en quelque sorte automatiquement et le sujet assiste comme un étranger à des conversations dont il ne se doute pas faire les frais. Il y a un accusateur, puis un défenseur ; une voix injurie, une autre encourage ; enfin, comme dans la comédie antique, un troisième groupe de personnages intervient : c'est le chœur, le peuple qui porte son jugement sur les différents faits énoncés. Quand l'injure est plaisante et malicieuse, le chœur rit et se moque ; il proteste si elle dépasse la mesure et approuve les paroles du défenseur. Une de nos malades traîne constamment avec elle, depuis quinze ans, une troupe de ce genre ; un jour, tandis que son défenseur relevait vertement un mauvais propos de ses ennemis, elle fut prise d'un accès de toux suivi d'expectoration. Elle entendit aussitôt son défenseur lui

dire d'un ton irrité : « cochonne, pourquoi me cracher au visage ? » et, à partir de ce moment, il cessa de la protéger.

Il nous reste à étudier un curieux phénomène hallucinatoire que l'on observe quelquefois. Les hallucinations affectent habituellement les deux moitiés symétriques du même sens ; c'est-à-dire que l'halluciné, comme l'homme normal, entend des deux oreilles, voit des deux yeux, perçoit, en un mot, des deux côtés les images subjectives qu'il extériorise. Dans quelques circonstances, ainsi que Calmeil, Moreau, Michéa et bien d'autres l'ont signalé, l'hallucination est *unilatérale* et frappe l'une des parties similaires de l'appareil sensoriel. C'est par un œil, par une oreille, par un côté du corps seulement que le patient se trouve influencé. Ce que nous savons des centres perceptifs de la couche corticale nous rend parfaitement compte du phénomène, et l'on comprend qu'une excitation localisée à un hémisphère se traduise par des troubles sensoriels unilatéraux. Un de nos délirants chroniques nous donnait une ingénieuse explication de ses hallucinations unilatérales : son ennemi, disait-il, tenait à la main un miroir concave sur lequel il pouvait voir l'image du patient ; il lui plaçait alors un tube sur l'oreille et le malade enten-

dait immédiatement du côté correspondant les propos les plus injurieux.

Les hallucinations auditives ne font jamais défaut dans le délire chronique ; elles en sont un des éléments symptomatiques les plus importants, sans être d'ailleurs exclusives d'autres troubles sensoriels... Avant d'aborder l'examen de ces derniers, nous devons ajouter que, chez certains sujets, l'excitation du centre cortical auditif finit par se propager au centre moteur du langage qui lui est si étroitement uni à l'état physiologique. Le fonctionnement quasi-automatique de ce dernier centre donne lieu à ces phénomènes intéressants désignés du nom d'*hallucinations psychiques* (Baillarger) ou *motrices verbales* (Ribot) : « des voix intérieures, disent les malades, parlent silencieusement dans l'estomac, dans la gorge ; ils entendent des voix qui ne sont pas des voix, qui ne résonnent pas aux oreilles. » Il s'agit là en réalité d'un phénomène, non point sensoriel, mais psychomoteur, provoqué plus ou moins directement par l'hallucination auditive.

Peut-être pourrait-on expliquer la prédominance habituelle des hallucinations auditives dans le délire chronique en s'appuyant sur la genèse de l'affection. On sait que l'hallucination

n'est pas primitive, qu'elle n'apparaît qu'après une longue période d'incubation, nous dirions volontiers de provocation : le patient obsédé par ses idées de persécution, sans cesse aux écoutes, adapte d'abord les sensations auditives normales à ses idées délirantes (*illusions*) ; enfin, se produit l'hallucination de l'ouïe. Celle-ci ne surgit donc pas d'emblée, elle a nécessité pour ainsi dire un long apprentissage.

En somme, au délire d'abord intellectuel s'associent les troubles du sens en rapport le plus intime avec l'intelligence : l'ouïe malade entend son délire comme nous entendons mentalement notre pensée. On sait qu'il est des types psychologiques divers, suivant la prédominance des représentations mentales, soit visuelles, soit auditives, soit psychomotrices (les *visuels*, les *auditifs*, les *moteurs*.) — L'apparition, chez certains délirants chroniques, d'hallucinations motrices verbales et visuelles doit être rapportée au rôle, plus important chez eux, des représentations mentales correspondantes.

Les *troubles de la sensibilité générale* sont très fréquents ; d'après M. Falret, ils se montreraient seulement à la troisième période de la maladie alors que les hallucinations de l'ouïe débuteraient à la deuxième. Nous ne partageons pas

cette opinion : ces phénomènes apparaissent quelquefois en même temps que les hallucinations de l'ouïe ; ils peuvent même les précéder et faire naître les idées de persécution. Les malades disent qu'ils ont des insectes grouillant entre la peau et les muscles, que leurs ennemis les brûlent, les piquent, les magnétisent, quelques-uns les endorment, leur donnent des gaz, que les « rongeurs et les vampires les dévorent en dedans, leur prennent le sang ». Celui-ci est « saigné à distance de son électricité propre, de son influence vitale » ; celui-là cesse de partager le lit de sa femme que l'on a chargé d'électricité pour lui donner des secousses. Les patients sont encore « piqués par des jets de vitriol », « pilés par l'action magnétique ». L'un se plaint qu'on lui empoigne le gosier magnétiquement jusqu'à l'étrangler, l'autre qu'on le fasse tomber en léthargie par une poudre. Une de nos malades racontait qu'à l'aide d'un instrument on faisait vibrer les plumes de son lit qui s'agitaient comme vivantes. Chez certains sujets les troubles de la sensibilité générale revêtent une intensité inaccoutumée s'accompagnant de névralgies, de sensations viscérales, d'hallucinations génitales permanentes. Ces cas correspondent à la forme cérébro-spinale de Schüle : « on aspire

et ou refoule le sang des vaisseaux du patient ; dans son corps s'agite un chat dont la fourrure le chatouille ». Une de nos malades sent « comme de la chair s'adaptant à sa propre chair, sans toutefois se confondre avec elle... mais vu la distance de ceux à qui on l'emprunte, elle lui revient à peine tiède... elle n'est pas plus tôt adaptée qu'un instant après on la lui retire ».

Les hallucinations génitales jouent parfois un rôle des plus importants dans le délire, surtout chez la femme ; les hommes n'en sont d'ailleurs pas exempts. Chez certaines délirantes chroniques même, les troubles de cette nature, par leur intensité et leur continuité, relèguent au second plan les hallucinations auditives. Les patients prétendent être l'objet d'outrages odieux sans cesse répétés ; les femmes se plaignent qu'on les viole, qu'on se livre sur elles à des actes obscènes, jusque dans leur lit, à côté de leur mari. Elles imaginent mille moyens pour se soustraire à ces tentatives... l'une s'emmaillotait tous les soirs pour se mettre à l'abri des souillures de ses ennemis ; une autre, se couchait sur le côté, plaçant tout le bassin dans une marmite pour se protéger contre « ses exécrables tourmenteurs qui, toutes les nuits, disait-elle, lui introduisaient des corps étrangers de

toutes sortes dans les parties sexuelles ». Des idées de grossesse peuvent aussi se montrer : une délirante chronique, qui avait eu durant la période de persécution des troubles très accusés du sens génital, prétendait, une fois arrivée à la période ambitieuse, qu'elle était enceinte et qu'elle allait bientôt donner le jour à un prince.

Les *hallucinations de l'odorat* ne sont pas non plus chose rare : le sujet perçoit des odeurs d'urine, d'excréments, de soufre, de gaz méphitiques, de phénol, etc. Il existe aussi parfois des *troubles de la sensibilité gustative :* les malades parlent d'empoisonnement, de saveurs métalliques, de goût d'arsenic, de narcotiques versés dans leurs boissons. S'agit-il là réellement d'hallucinations ou simplement d'illusions provoquées, par exemple, par un état défectueux de l'appareil digestif ? La chose est assez difficile à élucider. Quoi qu'il en soit, ces troubles sensoriels peuvent amener le délirant chronique à refuser tout aliment par crainte du poison.

Les *hallucinations de la vue*, les moins fréquentes, en dehors bien entendu de toute intoxication alcoolique coexistante, ne sont cependant pas absolument rares, bien que leur existence ait été niée par Lasègue, par Legrand du Saulle et par M. Falret. A la vérité, le plus communé-

ment, l'éréthisme qui, du centre auditif, s'est étendu aux autres territoires sensitifs et sensoriels, épargne le centre visuel, si sensible en revanche aux agents toxiques. D'ordinaire, comme l'a très justement fait remarquer Lasègue, le malade ne « se sert même pas de la vue dans la mesure légitime et raisonnable. La plupart s'indignent de ce qu'on les suppose capables d'avoir des visions. » Cependant, il est des cas où, en l'absence de toute complication (*intoxication, névroses, maladies organiques*), des hallucinations visuelles se montrent dans le cours du délire chronique. Ce sont sans doute les moins fréquentes de tous les troubles sensoriels ; leur importance est presque nulle dans la genèse du délire, mais enfin ils existent ; habituellement les hallucinations de la vue sont éveillées par une idée obsédante. Nous avons récemment observé chez une malade internée depuis trois ans, en cellule depuis plusieurs mois, des hallucinations visuelles très nettes : son persécuteur lui apparaissait, tantôt ne laissant voir que ses yeux, tantôt montrant sa face et exécutant des grimaces.

La conscience du patient ne tarde pas à être envahie par les éléments sensoriels morbides dont nous venons de voir l'importance et la

multiplicité. Ce sont là les seuls matériaux que veuillent mettre en œuvre une intelligence et une imagination qui n'ont rien perdu d'ailleurs de leur activité et qui ne la font plus servir désormais qu'à la *systématisation* de leur délire. Les idées de persécution sont à tout instant confirmées par des interprétations fausses ; les faits les plus insignifiants sont travestis de façon à pouvoir s'adapter au délire du malade. Les patients prétendent qu'on les observe continuellement, que les murailles sont percées de trous par où on les épie, que les mendiants, les voisins, sont autant d'espions ; les ménagères se plaignent qu'on les précède chez les fournisseurs pour leur faire payer leurs achats un prix exorbitant, etc. On voit ainsi, parallèlement à l'extension et à l'intensité progressive des troubles hallucinatoires, et grâce à l'enchaînement des interprétations délirantes, les idées de persécution acquérir chaque jour une précision plus grande ; c'est ainsi que le délire se coordonne et s'implante plus profondément dans l'esprit du sujet.

Les idées délirantes considérées dans leur ensemble suivent une marche régulière : d'abord vagues, diffuses, très étendues, elles se circonscrivent, se limitent et deviennent, à la longue, nettes et précises. Le patient s'interroge : il veut

savoir quels sont ceux qui le persécutent ainsi, par quelles pratiques mystérieuses ils agissent sur lui, et quel but ils poursuivent en le torturant comme ils le font. « *Ils* m'en veulent, *on* me poursuit », telles sont les locutions vagues et indéfinies dont se servent au début les persécutés ; le délire est alors mal formulé et le malade ne désigne ses ennemis que par des termes sans précision. Plus tard, ses accusations deviennent plus nettes, et, comme auteurs des tourments qu'il endure, il dénonce un groupe d'individus, une association quelconque, de préférence une société à laquelle son imagination attribue un pouvoir redoutable : c'est la police secrète, ce sont les francs-maçons, les jésuites, les médecins, les teinturiers, etc. Le délire va ainsi se *systématisant* chaque jour davantage.

Le caractère insolite des troubles divers qui tourmentent les hallucinés les porte à considérer comme les agents immédiats de leurs souffrances « la physique », les grandes forces naturelles, l'électricité par exemple, et, dans un autre ordre d'idées, les puissances occultes, la magie, la sorcellerie, les diables, les esprits. D'autres sont, pour ainsi dire, à l'affût des découvertes nouvelles dont le côté mystérieux leur permet de s'expliquer plus facilement les sensations

étranges qu'ils éprouvent : ils parlent de téléphone, de microbes, de magnétisme, d'hypnotisme, de suggestion, d'alcaloïdes, de bave de fou, d'expériences tentées par les médecins, d'inoculations, d'injections de lymphe, etc.

Les motifs pour lesquels les patients prétendent être poursuivis sont aussi divers que le sont leurs persécuteurs, aussi variés que les nombreux moyens que ces derniers emploient contre eux. L'un affirme que c'est l'Internationale qui le tourmente pour n'avoir pas voulu prendre part à la Commune ; l'autre se plaint qu'on la fasse tomber en léthargie pour abuser d'elle ; celui-ci pense que ses ennemis n'ont d'autre but que de l'affoler pour obtenir de l'argent ; celle-là que son mari veut se débarrasser d'elle, qu'on veut la rendre folle ; une autre est convaincue que toutes les persécutions sont l'œuvre d'un voisin jaloux qui veut amener le désordre dans son ménage ; d'autres encore supposent une vengeance d'amoureux éconduit ; quelques-uns croient qu'on s'empare de leurs pensées pour faire un livre, etc. Enfin, de déduction en déduction, le délirant chronique arrive à se former une conviction inébranlable. Bientôt il n'hésite plus ; la lumière se fait : l'heure approche des réactions dangereuses. L'halluciné dénonce

comme dirigeant toutes les persécutions un personnage déterminé qu'il va rendre responsable de ses souffrances. A ce moment, fait important, non seulement dans la marche du délire mais encore au point de vue pratique et médico-légal, le patient change d'attitude : après s'être défendu, il commence à attaquer lui-même ses prétendus ennemis.

Nous sommes ainsi amenés à parler des divers *modes de réaction* du délirant chronique. Pendant un certain temps, le malade n'est pas dangereux ; il passe ses journées à sa fenêtre pour épier ses voisins ; il cherche surtout à éviter ses ennemis : il quitte son atelier ou son administration, il déménage sans cesse, espérant dépister ses persécuteurs ; quelques-uns changent de nom. Ceux qui le peuvent entreprennent des voyages plus ou moins lointains ; ce sont les *aliénés migrateurs* de Foville : « Pour me dégager, dit l'un d'eux, j'ai été à l'isthme de Suez, et je n'ai pas réussi ; c'est inouï, c'est vrai. » Ceux qui ont des craintes d'empoisonnement achètent leurs aliments à différents endroits, chez des marchands éloignés de leur domicile ; ils prennent des précautions infinies dans la préparation de leur nourriture ; ils font leur cuisine eux-mêmes, ou changent souvent de res-

taurant; ils ne se servent de l'eau qu'ils boivent qu'après des examens minutieux; ils vont la chercher à la fontaine à la pointe du jour, avant même l'arrivée des ménagères. L'un de nos malades, pour échapper aux décharges électriques, s'était entouré d'un corset muni d'aimants et portait des chaussettes de soie. Quelques-uns commettent un délit pour se faire arrêter dans l'espoir que la justice prendra leur cause en mains; il en est qui vont se livrer au commissaire de police prétendant être sous le coup d'un mandat d'arrêt.

A cette période, assez courte chez quelques-uns, succède une phase de défense active : ces malheureux se plaignent partout, aux commissaires, au Procureur de la République, aux autorités, aux personnages en vue; ils recherchent des protecteurs. L'un d'eux pose sa candidature aux élections municipales, et fait imprimer des affiches, pour signaler à l'indignation publique « l'effroyable crime qui s'est abattu sur lui. Si vous votez pour moi, dit-il, de par votre vote vous protesterez contre la sinistre horreur de la communication électromagnétique à grande distance ». Un grand nombre portent au Laboratoire municipal, pour les faire analyser, des bouteilles contenant leurs boissons ou leurs déjec-

tions (crachats, urines, matières fécales). Chez eux, ils se barricadent, restent des mois entiers sans changer de linge, doublent leur porte d'une barre de fer, bouchent tous les orifices, tapissent quelquefois les murs et les fenêtres de leur chambre, de papier, de journaux. Enfin, il en est qui, lassés de soutenir une lutte inégale contre leurs ennemis, se désespèrent et ne voient plus de refuge que dans la mort.

Mais d'autres, plus nombreux, fatigués par les outrages incessants, persuadés que leur vie est en danger, s'arment, et dès lors deviennent très dangereux. La nuit, ils se lèvent, allument leur lampe et s'en vont, le revolver au poing, guetter dans l'escalier. Une de nos malades portait toujours sur elle un stylet, afin de se défendre contre les agents des mœurs, qui, disait-elle, la suivaient sans cesse, cherchant à la prendre en défaut. Souvent ces sujets, sous le coup d'une hallucination, frappent un passant d'un coup de parapluie, d'un coup de couteau, quelquefois tirent un coup de revolver. Ils désignent alors par leur nom les gens qui les poursuivent, ils leur font des menaces, s'acharnent après eux, leur écrivent des lettres injurieuses, les provoquent, les épient, les surprennent isolés, se précipitent sur eux, et peuvent même les tuer. Parmi

les malades que nous avons observés, l'un avait tiré deux coups de revolver sur sa maîtresse ; un autre avait réuni un soir trois amis et les avait frappés à coups de couteau ; un troisième avait tiré cinq coups de revolver sur sa femme. Quelquefois cette réaction dangereuse a mis longtemps à se manifester ; il a fallu que le patient fût poussé à bout par des attaques continuelles contre son honneur et son existence ; mais on la voit parfois, suivant le caractère du délirant chronique, arriver plus rapidement et se montrer dès le début de la deuxième période. Les moyens d'attaque de ces persécutés peuvent être aussi des récriminations, des procès : une malade porte des accusations contre un prêtre ; une autre exhorte les ouvriers à la révolte, les persécutés mystiques font dire des messes pour conjurer les influences diaboliques. En résumé, le plus souvent, le malade réagit successivement des façons suivantes : il fuit, il se défend ; il attaque.

Le délirant chronique reste ainsi plusieurs années halluciné et persécuté, puis le délire finit par se stéréotyper : le patient crée des *néologismes*, ne trouvant plus dans le langage ordinaire des mots convenant au monde de sensations nouvelles dans lequel il vit. L'un est *émé-*

tisé, l'autre reçoit des *gylades* de strychnine ; un autre entend des bruits de *papotement*, un *langage conventionnel*. Il en est qui accusent les *fouinards*, les *locustins*, la *désansculation*, la *subjugation ;* on leur prend leurs *intusions* (leurs facultés). « C'est le plus sinistre *tue-peuple-à-tas* qui ait jamais été inventé, dit celui-ci, en parlant de l'action magnétique ; celui-là, dont les ennemis surprennent la pensée, se plaint que l'on *contacte* son cerveau, *qu'on lui fasse sauter la casquette*, etc. »

A cette période de l'affection, les souffrances physiques et morales que le délirant chronique endure sans trêve ni merci, les luttes inégales qu'il livre contre des persécuteurs qui disposent de forces mystérieuses, ses anxiétés continuelles, l'ont souvent profondément transformé. Sous l'influence de l'inanition, de l'insomnie et des troubles de nutrition consécutifs à ses préoccupations pénibles, l'état général du patient peut devenir mauvais. Le malade est alors parfois pâle et anémié ; les épreuves douloureuses auxquelles sa sensibilité morale est sans cesse soumise, cette manière de surmenage de tous ses centres sensoriels et sensitifs, cette tension constante de l'esprit finissent par produire des phénomènes d'épuisement nerveux, des troubles

neurasthéniques. Il existe de la faiblesse d'un ou de plusieurs membres, des névralgies, des sensations de froid ou de chaleur, des altérations de la vue ; le patient voit les objets plus forcés, etc. Mais ce qui préoccupe parfois davantage le malheureux, c'est un sentiment d'arrêt de la pensée, de torpeur intellectuelle, de vide cérébral : l'activité des processus psychiques est plus ou moins modifiée. Ces troubles fonctionnels fournissent un nouvel aliment au délire : le malade prétend qu'on lui soutire la cervelle ; « on l'empêche de penser, on lui retire ses pensées élevées, on lui prend son intelligence, on lui enlève l'*intusion* de la perspicacité ; on lui paralyse le cerveau ; il se sent près de perdre la raison ».

L'attitude du délirant chronique est alors caractéristique : traqué jour et nuit par des ennemis invisibles mais toujours présents, qui l'abreuvent d'outrage, le torturent, l'endorment et le réveillent à leur guise, pénètrent ses pensées les plus intimes, il cherche en vain, par mille subterfuges, à se mettre à l'abri de ses « tourmenteurs » ; il s'enveloppe la tête de fichus et de châles, se voile la figure, se bouche les narines, se frotte les yeux et le nez, remplit sa bouche de papier ; on le voit parfois prendre les

positions les plus étranges, le corps plié en deux, une main énergiquement appliquée sur le sommet de la tête pour entraver l'action du « rouleau qui est impliqué sur le crâne. » Quelques-uns accomplissent des mouvements de salutation, ou de flexion brusque de la tête; d'autres impriment par moments à leur corps de violentes secousses, comme pour repousser un contact odieux. Ils passent la nuit tout habillés, sur une chaise, luttant contre le sommeil. Parfois dans leurs écrits les malheureux jettent un cri de détresse : « Depuis quatre ans je n'ai pas eu, ni jour, ni nuit, sauf des fragments de sommeil, vingt minutes, cinq minutes de liberté... pas cinq minutes sans sentir l'ignoble contact magnétique. Usé par ces quatre ans et demi de martyre, je suis aujourd'hui dans un état hideux et plus qu'incroyable. » Le monde réel n'existe plus pour le malade dominé par un délire auquel les troubles sensoriels fournissent sans cesse de nouveaux aliments. Tout entier à ses souffrances, indifférent à tout ce qui ne peut servir à la systématisation de ses conceptions délirantes, il fait preuve en toute circonstance d'un égoïsme démesuré, mais justifié pour ainsi dire, et dont on ne saurait s'étonner. Il garde vis-à-vis de tous une attitude empreinte de défiance, refuse par-

fois et durant plusieurs mois de donner aucune espèce d'explication, sinon en présence d'un magistrat, ou ne répond qu'avec des réticences elles-mêmes bien caractéristiques aux questions que lui pose le médecin : « Vous le savez bien », s'écrie-t-il avec amertume, comme si l'univers entier était au courant de ses tourments. Malgré tout, dans la majorité des cas, la lucidité persiste ; la mémoire est intacte, l'intelligence n'est point gravement touchée : le malade peut soutenir une conversation, rédiger des écrits avec les apparences de la raison.

Faisons remarquer, avant de terminer ce qui a trait aux troubles sensoriels et sensitifs, l'importance fondamentale du caractère pénible du délire ; cette disposition générale aux préoccupations tristes déteint sur toutes les idées et toutes les sensations du malade : ses interprétations délirantes, ses illusions, ses hallucinations ne sont que le reflet de tendances primordiales, et si, parfois, une hallucination paraît être le point de départ du délire, on ne doit pas oublier les dispositions morales qui la précèdent.

Voici un exemple de l'aspect symptomatique et de la marche progressive du délire chronique : il s'agit d'un homme âgé de 65 ans dont le délire dure depuis déjà une trentaine d'années. Entré

pour la première fois à Sainte-Anne en 1873, il y est revenu à cinq reprises différentes et toujours le même délire évolue. Ce sujet, dont l'état mental avait paru normal jusqu'à l'âge de 30 ans, eut d'abord à traverser une longue période d'incubation, puis il devint et resta durant plusieurs années halluciné et persécuté et entra enfin dans la période ambitieuse où il se trouve encore actuellement.

Dans la famille de C..., sur laquelle nous avons eu des renseignements circonstanciés, il n'existe point de tares nerveuses : seule une sœur est sujette à des crises convulsives. Rien dans les antécédents personnels du malade, dont nous connaissons l'existence année par année, ne révèle un sujet prédisposé. Intelligent et travailleur dans l'enfance et la jeunesse, il exerça plus tard la profession de clerc d'huissier ; il fut toujours dans les meilleurs termes avec son patron qu'il remplaçait pendant ses absences. Il se maria à 31 ans ; c'était, dit sa femme, un homme d'un excellent caractère, d'humeur gaie, aimé de ses collègues. Mais le ménage ne fut pas longtemps heureux : C... ne tarda pas à devenir pointilleux, sombre, boudeur ; c'est à peu de temps de là que semble remonter le début de sa maladie. En 1857, il avait alors 34 ans, il re-

marqua des malversations à l'étude ; ses camarades commençaient à le regarder de travers, semblaient se méfier de lui et le prendre pour un mouchard. Quittant alors son emploi, il resta chez lui et travailla à la machine à coudre avec sa femme ; mais il ne s'occupait que d'une façon très irrégulière ; toujours inquiet, en mouvement, il sortait, rentrait, montait et descendait sans cesse l'escalier. Bientôt les voisins se mirent de la partie : ils tenaient, disait-il, de mauvais propos sur son compte ; toutefois C... prenait patience, n'y prêtait pas encore grande attention. A cette époque, il eut des soupçons sur la conduite de son beau-frère vis-à-vis de sa femme. En 1859, après avoir assisté à une séance de magnétisme, il eut pendant vingt-quatre heures mal à la tête ; il comprit alors qu'on pouvait faire du mal par le magnétisme. Il ne tarda pas à sentir qu'on lui envoyait de la « teinture électrique et du magnétisme ». A peu de temps de là il a commencé à entendre de mauvaises paroles : « Voilà un cocu qui passe, etc. » De 1860 à 1870, il a été presque constamment « tourmenté, touché par leurs machines » ; mais il ne soupçonnait pas qui pouvait le faire. Il entendait dire : « si un ne suffit pas, on se mettra quatre, cinq, même cent mille, s'il le faut ». Sa femme se souvient qu'en 1869

il ne sortait plus sans une arme dans sa manche. Un soir, il prit une grosse clef et revint quelques heures après, la figure pâle, la chemise ensanglantée, disant : « Celui-là ne me traitera plus de cocu, je lui ai fendu la margoulette ».

En 1870, il se retira chez sa sœur ; bientôt il ne voulut plus parler à son beau-frère que les « chuchotements » lui désignaient comme l'amant de sa femme. De retour à Paris en 1871, il n'eut bientôt plus un moment de répit : debout toutes les nuits, il s'installait dans un coin, observant fixement de côté et d'autre. Il ne voulut plus partager le lit de sa femme, ni lui toucher la main : « ils l'ont *pestiférée*, disait-il, et veulent s'en servir comme de transmission pour m'atteindre moi-même. Ils la chargent d'électricité pour me donner des secousses. » A la moindre observation de celle-ci, il répondait que c'étaient « les pétroleuses » qui la faisaient parler. Persécuté constamment par le magnétisme et l'électricité, C... s'entoure alors de toutes sortes de précautions, achète une ceinture de Pulvermacher, isole son lit sur des pieds de verre, porte des chaussettes de soie, un corset muni d'aimants, etc. En 1873, il va se plaindre chez le commissaire qu'un professeur de magnétisme, son voisin, agit sur lui par l'électricité, « ça

craque dans ses membres, ça l'empêche de dormir. On dirige vers lui des jets de lumière électrique, ça lui fait venir la poitrine toute violette ; ça vient des fenêtres du voisinage, mais il ne connaît pas les personnes. » Dans l'escalier on lui disait des mots à double entente : « Parler est d'argent, le silence est d'or. Prudence est mère de sûreté. » Enfin on l'arrête, il entre à l'asile, d'où il sort quelques mois après, plus tranquille, mais toujours délirant. En 1875, nouvelle arrestation : il commence à croire que les persécutions sont organisées par son beau-frère. Celui-ci, disait-il, avait autrefois fait dissoudre des allumettes dans du vin qu'il lui avait fait boire. En 1878, il est arrêté parce qu'il porte à la Préfecture de police des bouteilles dans lesquelles il avait craché, qu'il avait ensuite cachetées, et qui contenaient d'après lui du poison. Il restait des mois entiers sans se laver, sans changer de linge, ne se servant jamais d'eau sans la faire bouillir, de peur d'être empoisonné. A l'asile, il écrit constamment sur des petits papiers qu'il conserve à titre de documents. En 1880, les mêmes tourments continuent : « Il n'a pas voulu faire partie de la Commune (le fait est exact), aussi les « barricadeurs », « l'Internationale », dont les chefs sont teinturiers corroyeurs, etc., etc.,

lui jettent de « la teinture électrique », de la « pourriture électrique », lui envoient « de la bave de fou, de la pourriture qui pue le fou. Tout cela marche par la délirante. Ce sont des somnifères, la morphine, le vitriol ». En 1883, il a su que c'était T... et Cie et les teinturiers qui le tourmentaient : en passant devant une teinturerie, il se sentit piqué par un jet de vitriol rose, et reçut une fusée de couleur verte, également désagréable ; ce sont « les retours de Nouméa ». Ils se servent aussi de photographies électriques : ils lui font voir des masques de chien, de cheval, etc. Il entend des injures de toutes sortes, il dialogue avec ses insulteurs, qui apprennent qu'ils lui ont fait périr son père à l'aide d'un cheval « vertigeté » (son père a été tué en voulant arrêter un cheval emporté ; sa mort lui avait paru jusqu'alors très naturelle). Un de ses enfants, mort à quatre ans, a été tué par la pourriture électrique. Il entend les conversations de ses insulteurs entre eux : « Ils injurient le gouvernement ; ils appellent le Président « Sadi-Ruine » ; la République « Ruine publique » ; ce sont des communards qui lui en veulent parce qu'il a refusé d'être des leurs. »

Il y a plus de dix ans on lui a, dit-il, promis 25,000 fr. comme indemnité des souffrances qu'on

lui a fait subir. Les uns l'injurient, d'autres le soutiennent en lui déclarant qu'il doit recevoir une somme en dédommagement ; « il faut qu'on le paye puisqu'on l'a tourmenté ». Depuis deux à trois ans, il est question de 75,000 fr. : « l'Internationale est assez riche pour payer tout cela ; ils ont des millions, des propriétés cachées partout, ils peuvent bien l'indemniser ». Dans le service, il est réticent, inquiet par moments, de temps à autre, il a des hallucinations et des troubles de la sensibilité générale, mais il s'en défend : « Je n'ai plus rien, dit-il, ce sont des niaiseries ; ce n'est plus comme autrefois. Du reste, je sais à quoi m'en tenir, je me résigne maintenant ; que voulez-vous que je fasse ; je les laisse dire, ça ne m'avance à rien de les écouter ; j'ai 65 ans et il y a 32 ans que ça dure ».

En même temps que le délire se coordonne et se stéréotype (période de *cristallisation*, Falret), la *personnalité* du délirant chronique subit des altérations plus ou moins profondes qui marchent parallèlement à la généralisation et à l'intensité des troubles sensitifs et sensoriels. Chez ces sujets l'unité du moi finit en effet, le plus souvent, par être tôt ou tard compromise. A mesure que les troubles auditifs s'accentuent et qu'à l'hallucination constituée par des mots isolés

succèdent le dialogue, l'écho de la pensée, les hallucinations motrices verbales, la personnalité est de plus en plus entamée : un combat se livre dans la conscience qui est sollicitée dans des sens différents par des voix contradictoires. Il y a un bon et un mauvais génie ; parfois, comme nous l'avons vu, un accusateur et un défenseur : dans certains cas mêmes, un troisième groupe de personnages intervient, tantôt riant et applaudissant aux propos moqueurs, tantôt prenant le parti du défenseur. Les malades, comme le dit Schüle, ne sont plus que des marionnettes dont on tire les fils.

Les singulières modifications psychologiques qu'entraîne cette dissolution de la personnalité sont souvent bien décrites par les malades eux-mêmes : « Le misérable qui me tient en état de communication, dit l'un d'eux, m'a tellement écrasé et pilé, a tellement asservi ma matière, et s'est tellement accolé en force supérieure à moi, à mon être, à ma fibre, qu'en dépit de toute ma résistance, à distance, il touche, il contacte, il visite mon cerveau, ma mémoire et les idées qui y sont, comme il veut, comme je le ferais moi-même. Il appelle cela faire sauter la casquette à quelqu'un. Ayant ainsi depuis quatre ans et demi visité tout à son aise mon cerveau et ma

mémoire, il sait toutes mes moindres affaires et tous mes secrets absolument comme moi-même... enfin, ce misérable est tellement entré dans ma matière, s'est tellement accolé à mon individu, que, partout où je vais, il voit par mes yeux tout ce qui est là et entend tout par mes oreilles. C'est effroyablement extraordinaire et on bondira en lisant ceci et on ne le croira pas. C'est vrai cependant ».

Mais ce ne sont pas les hallucinations auditives qui altèrent le plus profondément la personnalité du patient. Pour M. Ribot, parmi les éléments constitutifs de ce composé extrêmement complexe qui est le moi, l'apport des sens externes (à part le toucher) n'est pas essentiel ; ceux-ci sont objectifs et nous révèlent le dehors. Bien plus important est le rôle des sensations organiques, de la sensibilité générale, « de ces incitations obscures qui, des profondeurs de l'organisme, arrivent aux centres nerveux ». Ces lésions de la cénesthésie sont capitales dans le travail de destruction du moi. Dans les cas de délire chronique où elles prédominent, l'apparition dans la conscience d'un faisceau de sensations internes insolites, sans rapport avec les éléments constitutifs du moi normal, tend à réaliser une personnalité nouvelle qui coexiste

avec l'ancienne. Une de nos malades qui souffrait de troubles très intenses de la sensibilité générale et viscérale, présentait simultanément des altérations très accusées de la personnalité. Elle prétendait qu'on la changeait de peau, qu'on lui enlevait le goût ; « on me pique à la morphine, se plaignait-elle, on me change la chair et le sang, je n'éprouve plus rien, ma chair est morte ; il n'y a plus de sensations ; on me paralyse les jambes, on m'insensibilise les bras, on me rapetisse, on me déforme, on m'imprime le voile de cécité. Avant-hier, j'ai failli ne plus me reconnaître ; on me soutire la cervelle : on inocule des personnes étrangères en moi, on me fait entrer des têtes de malades dans la mienne... par moments je ne suis plus moi-même, je suis un jeune homme. Tant qu'il y aura une parcelle de moi-même, ils ne me laisseront pas tranquille ».

En outre, et secondairement à ces troubles multiples de la sensibilité, des idées surgissent dans la conscience, que le patient ne reconnaît plus pour siennes ; « on me change mon caractère, dit le malade, on m'enlève le souvenir et la pudeur... on me retire tout sentiment... je ne reconnaîtrais plus mes enfants... c'est un démembrement complet de moi-même... on a

donné la moitié de ma tête à un autre individu ». Ces états psychiques en désaccord avec la personnalité antérieure du sujet contribuent aussi pour leur part à la constitution d'une personnalité nouvelle.

A mesure que la maladie poursuit sa marche fatale et que la résistance cérébrale va diminuant sous les assauts répétés d'un délire de plus en plus envahissant, la personnalité est simultanément plus profondément lésée. Le sujet finit par croire à une personnalité double, à deux individualités coexistant en lui-même. Une de nos délirantes chroniques prétendait que l'Impératrice Eugénie s'était introduite dans son propre corps et y vivait à sa mode. Une autre se plaignait d'avoir une tête empoisonnée dans sa propre tête, et d'avoir en elle-même le corps d'une autre femme qui, « parfois durcissait, se gonflait, faisait des bosses ». Un jour elle se donna un coup de marteau sur le ventre, pour « crever » cette malencontreuse visiteuse. Elle prétendait aussi que cette femme se substituait à elle dans ses relations conjugales : dans ce cas elle restait elle-même inerte, indifférente, et lorsque, exceptionnellement, ces relations étaient normales, elle disait : « aujourd'hui c'est avec moi, je vois bien que cette femme n'est pas dans mon corps ».

Un autre de nos malades se disait « *temporalisé* » : sa fiancée avait glissé dans son corps par un orifice de la région temporale, superposant ses organes aux siens, les yeux aux yeux, le nez au nez, l'ombilic à l'ombilic, etc... ; et, comme il se trouvait dans un service d'hommes, cette double personnalité masculine et féminine le mettait dans le plus grand embarras. Au moment du lever et du coucher, il prenait, avec la pudeur d'une jeune fille, les plus grandes précautions pour sortir du lit ou pour se dévêtir : il avait habituellement dans le service une attitude spéciale, tenant constamment ses jambes croisées pour protéger sa virginité.

Nous en avons fini avec l'exposé des deux premières périodes du délire chronique. Nous avons vu le malade après une phase de méditation, d'inquiétude, de soupçons, construire son délire de persécution à l'aide des matériaux que lui fournissent ses troubles sensoriels ; nous avons pu constater que, malgré l'extension toujours grandissante de la psychose, les facultés psychiques les plus importantes subsistaient longtemps indemnes. Nous allons voir maintenant ces dernières, dont l'intégrité commence à être entamée par la longue durée du délire, exploi-

ter, d'une façon logique pour ainsi dire, les éléments morbides qui ont envahi la conscience du sujet et lui ouvrir, par sa marche sans cesse progressive, le chemin des idées de grandeur.

CHAPITRE III

DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE (SUITE). 3e PÉRIODE : DÉLIRE DE GRANDEUR ; 4e PÉRIODE : DÉMENCE

Sommaire : Transformation du délire de persécution en délire de grandeur : Pinel, Morel, Foville, Magnan, Garnier, Gérente. Conditions nécessaires pour l'apparition d'idées ambitieuses. Mécanisme de la métamorphose du délire : 1o par déduction logique, 2o par hallucination, 3o par transformation spontanée. Changement de nature des hallucinations.

Causes qui peuvent faire passer à côté de la transformation du délire : dissimulation du malade (Falret) ; nature spéciale des idées de grandeur : pouvoir surnaturel (Camuset, Marandon de Montyel). Attitude caractéristique du délirant chronique.

Couleur du délire suivant le milieu social et l'éducation. Délire du moyen âge (possession démoniaque, théomanie). Délire moderne (électricité, hypnotisme, téléphone, mégalomanie) ; coexistence possible de ces deux aspects du délire chronique. Importance de l'évolution de la maladie.

Période de démence. Influence de la marche progressive de la vésanie et de l'âge.

C'est à cette période de la maladie où le délire de persécution paraît le plus solidement implanté dans l'esprit du patient, que se produit cette transformation si importante des idées délirantes qui caractérise la troisième étape du délire chronique ou *période de grandeur*.

De tout temps il a existé des aliénés qui, après avoir manifesté des idées de persécution, ont présenté ensuite des conceptions ambitieuses ; aussi retrouve-t-on dans les annales de la science des observations qui mentionnent cette transformation. Mais l'importance de cette métamorphose n'avait pas attiré suffisamment l'attention des auteurs au point de vue de la détermination de l'espèce clinique à évolution systématique que nous étudions. Pinel, déjà, au commencement du siècle, dans un chapitre intitulé : *La mélancolie peut-elle après quelques années dégénérer en manie*, parle d'aliénés qui « éprouvent, après

plusieurs années, une sorte de révolution intérieure par des causes inconnues, et leur délire change d'objet, ou prend une forme nouvelle. Un aliéné de cette espèce, confié à mes soins depuis douze années et déjà avancé en âge, n'a déliré, pendant les huit premières, que sur l'idée chimérique d'un prétendu empoisonnement dont il se croyait menacé... il n'osait manger que les aliments pris à la dérobée dans la cuisine. Vers la huitième année de la réclusion, son délire primitif a changé de caractère : il a cru d'abord être devenu le plus grand des potentats, puis l'égal du Créateur et le souverain du monde. »

Spielmann, dans son *Traité du diagnostic des maladies mentales* (Vienne, 1855), signale la tendance que présentent les persécutés à verser dans les idées de grandeur ; mais nous trouvons là un groupement de faits très divers : la mégalomanie peut succéder à la manie ou bien elle est consécutive à la mélancolie : le délire dans ce dernier cas a une évolution lente et successive. Pour Albert, de Bonn (*Memoranda der Psychatrie*, 1855), une telle métamorphose de la personnalité suppose l'existence antérieure de la mélancolie ou de la manie et ne se produit jamais spontanément. On reconnaît là l'influence des

conceptions de Griesinger sur la folie systématisée secondaire.

Morel, comme nous l'avons vu, attire l'attention dans son traité sur « les transformations étranges que subissent l'intelligence et les sentiments de l'hypochondriaque », et sous l'influence desquelles « s'organise cette autre aberration singulière qui fait supposer à ces malheureux qu'ils sont des êtres exceptionnels et appelés à des destinées surhumaines... Cette folie, bien qu'elle se signale par des conceptions délirantes avec prédominance d'idées orgueilleuses, n'en est pas moins la conséquence de l'état névropathique si connu sous la désignation d'hypochondrie ». Nous nous bornerons à rappeler que le délire de persécution, tel que le conçoit Morel, comprend des formes cliniques bien différentes du délire chronique.

C'est surtout à Foville que l'on doit d'avoir bien indiqué la transformation du délire de persécution en délire de grandeurs. Nous avons insisté au début de notre étude sur son important travail, nous n'y reviendrons pas ; il nous suffira de rappeler que si Foville a bien étudié le mécanisme psychologique de cette métamorphose du délire, il a laissé par contre dans l'ombre les différences capitales qui doivent faire dis-

tinguer, parmi les mégalomanes, les dégénérés et les délirants chroniques.

En 1877, l'un de nous signala cette évolution du délire de persécution [1] et M. Paul Garnier en fit l'objet de son excellente thèse [2]. En 1883, M. Gérente [3] montra, à côté de malades dont le délire se stéréotype dans sa forme première, d'autres vésaniques chez lesquels on constate une transformation et une évolution des idées délirantes. Il en décrivit la première étape ou période de dépression, de concentration pénible, suivie d'idées de persécution, remplacées elles-mêmes par des idées d'orgueil et enfin par la démence. Ce travail marque un pas en avant dans la constitution de l'espèce clinique dont nous faisons l'étude ; cependant l'auteur a le tort de considérer l'hypochondrie comme la porte d'entrée de la maladie, et la distinction du délire chronique avec les psychoses des dégénérés n'est pas encore assez nettement tracée.

---

[1] MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales, faites à l'asile Sainte-Anne* (*Gaz. médic. de Paris*, 1877).

[2] P. GARNIER. *Des idées de grandeur dans le délire de persécution.* Paris, 1877.

[3] GÉRENTE. *Considérations sur l'évolution du délire dans les vésanies.* Paris, thèse, 1883.

Enfin, pour terminer ces quelques lignes d'historique sur la métamorphose du délire, nous rappellerons les leçons cliniques que l'un de nous a consacrées au délire chronique de l'année 1881 à 1890 (1) et l'importante discussion de la Société médico-psychologique sur le même sujet (1887-88).

L'apparition d'idées de grandeur dans le cours du délire chronique n'est point un fait sans équivalent dans la psychologie morbide. En effet, en dehors du délire chronique, on observe encore les idées ambitieuses chez les sujets dont l'intelligence est originellement tarée (dégénérés), ou bien chez les individus dont le niveau mental baisse par suite des progrès de la maladie ; les paralytiques généraux, les alcooliques chroniques, les intermittents, les mélancoliques anxieux chez lesquels les idées de grandeur marquent les phases ultimes. Il en est de même pour les délirants chroniques : ainsi que le fait remarquer M. P. Garnier, le passage des idées de persécution aux idées de grandeur indique une rupture encore plus profonde avec le possible et

---

(1) Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile Sainte-Anne*, publiées par Legrain, Journiac et Sérieux. (*Progrès médical*, 1887-91).

le vraisemblable. A la période que nous étudions, l'intelligence commence à perdre de son intégrité, la résistance du cerveau se trouve diminuée et par le fait de l'âge, et par la durée déjà longue de la vésanie.

Déshabitué du monde réel dont il vit séparé depuis plusieurs années, le sujet est préparé à accepter ou à se façonner, suivant les cas, une personnalité nouvelle ; dans ces conditions s'opère alors, par des processus psychologiques divers, la métamorphose du délire de persécution en délire de grandeur. Le persécuté, le paria, devient un personnage illustre, puissant, le Chef de l'Etat ; il exige les millions qui lui sont dus, se proclame de « race infaillible et triplement royale ». Une de nos malades prétend qu'un prêtre qui la persécutait depuis de longues années veut la déposséder d'un héritage de 30 millions et faire d'elle un grand personnage dont il exploitera l'influence. Un autre délirant chronique, devenu ambitieux 14 ans après le début de la maladie, s'écrie : « C'est l'enfant de Napoléon que vous avez devant vous » ; il se dit propriétaire de l'asile qui lui vient par héritage d'Henri IV ; s'intitule « le soldat de l'Europe, empereur diplomatiquement. » Il en est qui parlent de milliards, d'autres se disent filles de

Louis-Philippe, nièces et filleules du souverain Pontife, etc. »

Ce passage des idées de persécution aux idées ambitieuses se fait souvent, comme le dit Foville, par *déduction logique :* les persécutés se disent qu'ils doivent être de grands personnages pour que, pendant de longues années, on se soit donné la peine de les tourmenter ainsi, pour qu'ils aient inspiré tant d'envie, et attiré sur leur tête des haines aussi acharnées. Une de nos malades, après avoir longtemps prétendu qu'on lui paralysait le cerveau, qu'on lui enlevait ses facultés, s'écria un jour : « Si je n'avais pas eu d'intelligence on ne m'aurait pas frappée : on a vendu ma fierté 15,000 fr., mon caractère 45,000 fr., » « On me prend mes pensées pour faire un livre. » D'ailleurs, ainsi qu'on l'a fait remarquer, les éléments d'un délire ambitieux sont déjà contenus dans le délire de persécution. Les patients se découvrent alors une origine nouvelle ou des facultés surnaturelles : les familles dont ils portent le nom ne sont plus que des familles d'adoption ; en réalité, ils descendent de souverains ; ils ont un héritage colossal à recueillir, etc. Pour M. Marandon de Montyel, la transformation du délire doit être cherchée non dans une déduction logique, mais dans le caractère anté-

rieur du malade qui se résumerait en deux mots : méfiance et orgueil. Les réactions réciproques du délire de persécution et des sentiments d'orgueil amèneraient le délirant chronique par un travail le plus souvent inconscient à la mégalomanie.

Dans certains cas, c'est une *hallucination* qui fait naître d'emblée l'idée ambitieuse : une de nos malades s'entend appeler reine de France ; un persécuté, cité par M. Briand, s'entend, au sortir d'un cabaret, saluer du nom de « Napoléon ». Une femme, après dix ans de persécution, entend la voix de Dieu : « tout ce que tu diras arrivera » ; elle se croit aussitôt prophète ; son langage et ses gestes changent à partir de ce jour. Pour M. Christian, qui fait observer, à propos de la transformation par déduction logique, que les aliénés ne sont pas aptes à tirer des déductions semblables, le délire mégalomaniaque peut apparaître à l'occasion d'un rêve, d'une réminiscence, d'un accident fortuit. Parfois, chose curieuse, le délirant chronique résiste durant un certain temps à cette suggestion d'origine sensorielle : les hallucinations de l'ouïe qui tendent à provoquer des idées ambitieuses n'entraînent pas de prime abord la conviction : « on me dit que je deviendrai reine, nous confiait une ma-

lade, mais je ne le crois pas. » M. Camuset ne pense pas que la déduction logique et les causes accidentelles puissent suffire à transformer la nature des idées d'un délirant chronique. On ne parvient pas, fait-il remarquer, à mettre le persécuté sur la voie des idées ambitieuses, en dépit des arguments que l'on peut faire valoir pour provoquer l'apparition du délire des grandeurs ; de même, les causes accidentelles ne peuvent rien, tant que le cerveau du malade n'est pas mûr pour les idées orgueilleuses.

Nous serions également portés à admettre que l'hallucination de l'ouïe ne suffit point à elle seule pour créer le délire ambitieux : la transformation du délire est préparée de longue main et le trouble sensoriel ne fait, comme le dit M. P. Garnier, que lui donner une *formule* : « L'hallucination surgit en vertu d'une sollicitation provoquée par le travail syllogistique sous-jacent ayant progressivement préparé le malade à une interprétation vers laquelle tout son être moral est tendu. »

Parfois enfin la métamorphose du délire se fait *spontanément*, presque subitement, sans qu'on puisse saisir comme cause déterminante soit le raisonnement, soit une hallucination. Il semble que le terrain soit devenu propice à l'éclosion

des idées ambitieuses ; le patient, ainsi que le fait remarquer M. Christian, subit son délire et le subit passivement.

Dans les cas où la métamorphose du délire est d'origine intellectuelle, les troubles sensoriels se mettent toujours d'accord avec la couleur nouvelle des idées délirantes : les hallucinations pénibles de l'ouïe dominent ; à côté des propos injurieux, des « voix crapuleuses des démons », se font entendre des *voix consolatrices* qui réconfortent le patient, lui promettent une récompense pour les épreuves qu'il a endurées et contribuent ainsi à la systématisation du délire ambitieux. Dans certains cas d'hallucinations bi-latérales à caractère différent suivant le côté affecté, les hallucinations pénibles d'abord très nombreuses dans l'oreille que l'on pourrait appeler persécutée, tendent à diminuer à mesure que le délire se transforme et que se développent les hallucinations de l'oreille ambitieuse (1).

Les idées de persécution persistent durant un laps de temps variable à côté des idées de gran-

---

(1) MAGNAN. *Les hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté* (*Arch. Neur.* 1888).

deur : pour M. Falret, ces dernières ne sont qu'un simple délire surajouté qui ne change rien au fond de la maladie. Nous ne saurions accepter cette manière de voir : il s'agit là, pour nous au contraire, d'une métamorphose capitale des conceptions délirantes, d'une modification de l'aspect clinique de l'affection mentale. En effet, le délire de persécution finit par s'atténuer : « ce sont des niaiseries, dit le malade, je n'y fais plus attention » ; enfin il s'efface plus ou moins pour laisser la place aux nouvelles conceptions délirantes. Ainsi se trouve créée une personnalité bien différente de celle que revêtait le délirant chronique à la deuxième période.

Le délire des grandeurs, s'emparant de l'intelligence juste au moment où celle-ci commence à perdre son intégrité, est en général un symptôme de mauvais augure. A mesure que le délire progresse et se systématise, il se circonscrit ; le sujet perfectionne son vocabulaire spécial composé de néologismes et devient parfois même difficilement compréhensible. L'idée délirante est alors émise toujours de la même manière et d'une façon stéréotypée. Quelquefois les malades adoptent certains gestes, certains mouvements répondant à des idées fixes et ils restent invariables.

Des remarques intéressantes ont été faites au cours de la discussion de la Société médico-psychologique sur le délire chronique. Nous devons les rappeler, car elles répondent à certaines objections et mettent en garde contre des erreurs possibles. La métamorphose du délire n'est point toujours bruyante pour ainsi dire, et le mégalomane, instruit en quelque sorte par les épreuves passées, n'est pas forcément expansif dans son délire ; il lui arrive de garder pour lui ses rêves de grandeurs et de richesses. Il est même des cas, M. Falret et M. Doutrebente y ont insisté, où la transformation à laquelle nous faisons allusion pourrait passer inaperçue si elle n'était recherchée avec soin. Cette dissimulation des conceptions délirantes ambitieuses est des plus importantes à connaître : « il m'est arrivé très souvent, dit M. Falret, de méconnaître pendant très longtemps l'existence du délire d'orgueil chez les persécutés chroniques, même chez ceux avec lesquels j'ai vécu intimement pendant plusieurs années et ce n'est que très tardivement que j'ai pu arriver à constater ce délire de grandeurs, qui existait depuis très-longtemps chez eux à l'état latent... Il faut une circonstance accidentelle ou un heureux hasard pour que le médecin arrive à en découvrir chez eux l'exis-

tence. » Nous n'avons pas besoin de faire remarquer tout l'intérêt de cette observation de l'éminent aliéniste.

MM. Marandon de Montyel et Camuset (1) ont attiré l'attention sur une autre cause d'erreur qui peut faire passer à côté de la transformation ambitieuse. Pour qu'il y ait mégalomanie, point n'est besoin que le délirant chronique se proclame « Dieu » ou « roi ». La disparition des troubles sensoriels pénibles, l'optimisme, l'opinion exagérée que le malade a de lui-même, la conviction qu'il est doué de certains pouvoirs ou de certaines qualités propres à lui seul, voilà autant de modifications qui suffisent pour changer entièrement la couleur du délire et pour transformer de fond en comble la personnalité du patient. Il s'agit bien là, en réalité, d'une nouvelle période qui ne peut rester confondue avec la phase de persécution. Comme exemple de cet aspect particulier du délirant chronique, nous citerons une malade qui, au début de la période ambitieuse, alors que les troubles sensoriels pénibles étaient encore très actifs, s'imaginait pos-

(1) *Société médico-psychologique de Paris*. 25 juin 1888 (*Ann. médico-psych.*, septembre 1888).

séder un pouvoir surnaturel : elle renvoyait à ses persécuteurs l'électricité à l'aide de laquelle ceux-ci la tourmentaient, et blessait ses ennemis par la pensée : elle plantait ainsi un couteau dans la tête d'un jeune homme qui s'était « inoculé » en elle : « Je frappe tes enfants jusqu'à la quatrième génération, disait-elle à son interlocuteur, je te mets un fer rouge dans la tête ! »

Ces réserves faites, on peut dire que le délire ambitieux se traduit maintes fois au dehors par des allures caractéristiques ; les plaintes et les récriminations cessent avec les troubles sensoriels qui les provoquaient. Le malade se compose une attitude souvent pleine de hauteur et de mépris : il sourit ironiquement, refuse de donner la main, garde un silence dédaigneux ou éclate de rire quand on l'interroge ; parfois, lassé, il lance une injure grossière. S'il se décide à parler, il avoue que jadis on lui faisait des « malices », qu'actuellement il est tout à fait libre de s'en aller, s'il le veut, que toutes les portes s'ouvriraient devant lui, que l'asile lui appartient. D'autres, chez lesquels une hallucination pénible de l'ouïe se montre encore de temps à autre comme un écho affaibli des misères passées, y prêtent à peine attention : « ce n'est plus rien, disent-ils ». Comme à la période de persécution,

ils interprètent tout dans le sens de leurs convictions erronées ; ils expliquent que s'ils entendent des voix à des distances prodigieuses, c'est qu'ils sont doués d'une ouïe exceptionnelle. Ils exécutent parfois certains actes qui sont étroitement liés à l'exercice d'un pouvoir imaginaire : l'un ouvre et ferme brusquement la bouche croyant ainsi écraser et avaler ses ennemis ; une autre par la pression de l'index sur le conduit auditif expulse de son cerveau les personnalités étrangères qui veulent s'implanter en elle.

Nous connaissons maintenant les caractères généraux et l'évolution du délire chronique, mais l'aspect sous lequel se présente le malade varie, non seulement suivant la période de la psychose, mais encore avec ses croyances, son éducation, le milieu social dans lequel il a vécu, ses préoccupations habituelles. Il emprunte à ces divers éléments pour édifier son délire et lui donner la marque de son individualité propre. Nous voyons ainsi, d'un côté, le *délire du moyen âge*, avec ses croyances superstitieuses, de l'autre, le *délire moderne* utilisant les progrès des sciences et de l'industrie, et en rapport avec les luttes politiques et l'organisation sociale nouvelle. C'est ce que nous montre le tableau suivant :

Délire chronique à évolution systématique. Quatre périodes.

COULEUR DU DÉLIRE SUIVANT L'ÉDUCATION ET LE MILIEU SOCIAL.

1° Période d'incubation passe généralement inaperçue.			1° Inquiets.
2° Systématisation commençante. Préoccupations pénibles. Délire de persécution	Démonopathes. Possédés. Ensorcelés. Damnés. Lycanthropes.	Electrisés. Magnétisés. Hypnotisés. Empoisonnés. Mouchardés. Volés. Ruinés.	2° Persécutés.
3° Systématisation de plus en plus accentuée. Délire des grandeurs stéréotypé.	Démonolâtres. Théomanes. (Dieu. St-Esprit. Christ. Ste-Vierge.) Antéchrist Jeanne d'Arc. Prophètes.	mégalomanes (Empereurs. Rois. Députés Présidents de République. Millionnaires.) Réformateurs. Inventeurs.	3° Ambitieux.
4° Période terminale ou de dissolution, de démence.			4° Déments

A la fin du moyen âge et à la Renaissance, on parlait de sorcellerie, de possession diabolique, d'incubes et de succubes, de démonopathie ; au dix-huitième siècle, le mesmérisme, le fluide magnétique, plus tard les esprits frappeurs, les tables tournantes servirent aux patients d'explication de leurs sensations morbides : le délire n'était que le reflet des croyances et des superstitions de l'époque. De nos jours, nous l'avons vu, ce sont les grandes forces naturelles, l'électricité, c'est la physique, la chimie, l'hypnotisme, ce sont les microbes, certaines corporations qui ont pris la place du merveilleux des siècles passés. De même, tandis que les délirants chroniques de jadis devenaient des théomanes, et s'appelaient Dieu, l'Antéchrist, Jeanne d'Arc, prophètes, ceux d'aujourd'hui deviennent Empereurs, Rois, Présidents de la République, millionnaires, réformateurs, inventeurs, etc.

Certains malades montrent d'une façon très nette cette double influence de leur éducation dans deux milieux différents : l'association des superstitions du passé avec les découvertes scientifiques modernes produit chez eux un délire mixte. Ces variétés d'aspect des conceptions délirantes ne sont que des phénomènes accessoires, que des apparences, qui ne doivent pas

en imposer au clinicien : le fait capital consiste uniquement dans la transformation des idées de persécution en idées de grandeur ; ce qu'il faut considérer, c'est, non pas la couleur du délire, mais son évolution.

Nous avons observé une délirante chronique chez laquelle l'influence de deux milieux dissemblables se traduisait d'une façon remarquable, en faisant coexister parallèlement le délire du moyen âge et le délire moderne. Voici son histoire résumée : Mme H..., âgée de 43 ans, est née d'un père qui a fait une tentative de suicide et d'une mère frappée d'hémiplégie vers la fin de sa vie. Elle a deux filles bien portantes. Elevée au village, dans son enfance elle se montre docile, laborieuse et apprend facilement ; de très bonne heure elle s'occupe des soins du ménage et elle apprend en même temps la couture. Pendant les veillées d'hiver, on se réunissait pour coudre ou filer dans une grande cuisine et des histoires de revenants ou de sorciers défrayaient habituellement la conversation. Mariée à vingt ans en 1865, elle vient peu de temps après habiter Paris et elle a deux enfants dans les premières années du mariage ; les deux grossesses et les accouchements n'ont été traversés par aucun accident. Rien de particulier n'est

à signaler jusqu'en 1878. A ce moment, elle avait alors 33 ans, elle devient, par intervalles, triste, inquiète, irritable ; elle s'isole, mange mal. Puis elle reprend son travail et s'occupe régulièrement de sa couture et de son intérieur, mais cependant elle est moins gaie, elle paraît préoccupée, soupçonneuse, montre une froideur inusitée pour les personnes qu'elle connaît et vis-à-vis desquelles elle avait jusque-là été bienveillante. Peu à peu à cette mauvaise humeur, à ces difficultés du caractère s'ajoutent des phénomènes qui donnent à l'entourage l'explication de tous ces changements. Elle prétend que, dans la rue, des gens qu'elle ne connaît pas, dit-elle, lui disent des injures, lui reprochent toutes sortes de défauts ; on l'insulte même chez elle, mais on se cache aussitôt, car elle n'aperçoit personne en regardant par la fenêtre ou sur le palier de l'escalier. Elle s'irrite lorsque son mari, cherchant à la calmer, lui affirme que tout cela est imaginaire. Elle reprend : « Mais tu n'entends donc pas ? on dit que je me conduis mal, on m'appelle : Vénus, Ève, on me traîne dans la boue ». Les jésuites lui en veulent, on l'a vouée au diable, on lui fait des tours de sorcellerie. Elle raconte qu'ayant déposé dans l'armoire une image de piété qu'on avait donnée

à sa fille, elle l'a entendue pousser un cri plaintif comme un animal ; puis cette image a frappé de petits coups, mais ces coups retentissant sur son cœur et agissant sur sa fille qui s'est mise à tousser, elle saisit l'image, la déchire et la jette par la fenêtre ; aussitôt le gaz s'éteint dans la rue ; des sifflets répétés du chemin de fer se font entendre ; elle redoute une catastrophe, elle croit que toutes les lumières des gares sont éteintes, que des trains vont se heurter et qu'elle sera cause de grands malheurs. Elle frotte des allumettes qui ne prennent pas feu, elle se recommande au Saint-Esprit, l'étincelle jaillit, l'allumette s'enflamme et les sifflets d'alarme s'arrêtent.

Peu après, empruntant au milieu parisien où elle vit depuis plusieurs années les idées de progrès que réveillent les inventions modernes, elle attribue au téléphone les injures qu'elle entend : « on répète par téléphone tout ce qu'elle pense, idée par idée ; on l'électrise. On lui envoie des odeurs de soufre et de brûlé. » Sous l'influence de ces idées délirantes, elle refuse souvent de sortir, elle quitte son travail. Elle se lève parfois la nuit et jette par la fenêtre de l'eau sur ses ennemis imaginaires. Un jour, exaspérée par les insultes, elle se précipite dans l'es-

calier avec un manche à balai et en frappe le propriétaire et les locataires qui accouraient. D'autres fois, armée d'un couperet, elle va menacer ses voisins. Plus tard, dans le courant de 1883, apparaissent des idées ambitieuses et celles-ci sont encore le reflet des deux milieux dans lesquels elle a vécu. Elle raconte, d'une part, qu'on la martyrise parce qu'elle est puissante par la grâce de Dieu : « Dieu l'a fait impératrice de la Sainte-Croix ; il fait des miracles pour elle, tous les obstacles disparaissent, elle débloque tout sur son passage. » D'autre part, elle prétend qu'elle devrait être « maîtresse sur les affaires d'État, » qu'on lui vole ses pensées pour diriger la France, que M. Grévy occupe sa place, qu'elle doit être Présidente de la République.

Cette observation met bien en présence, on le voit, le délire ancien et le délire moderne, les superstitions et la sorcellerie d'un côté, les notions scientifiques de l'autre, les convictions religieuses du passé et aussi les préoccupations politiques contemporaines. Ces diverses couleurs délirantes n'ont par elles-mêmes, nous ne saurions trop le répéter, que peu d'importance : ce qui doit surtout attirer l'attention du clinicien, c'est la succession des caractères généraux du

délire, c'est cette évolution qui d'une démonopathe fait une théomane, qui d'une persécutée fait une mégalomane. Cette marche progressive des idées tristes vers les idées ambitieuses fournit au pronostic son caractère de gravité ; devenue ambitieuse, la malade peut, en effet, être considérée comme incurable, et elle s'acheminera plus ou moins lentement vers la démence.

De la période des grandeurs, qui marque déjà un certain degré d'affaiblissement de la résistance cérébrale, les délirants chroniques marchent graduellement vers la démence. Leur niveau mental baisse peu à peu, leur mémoire s'affaiblit, le souvenir des diverses périodes de leur délire s'efface, leur activité intellectuelle se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées, leur conception du monde extérieur devient confuse. De temps à autre leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales, qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à tout ce qui les entoure ; on les voit adoptant parfois des attitudes spéciales, se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basse, faisant tout à coup certains gestes, tou-

jours les mêmes, en rapport avec des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si on les interroge, ils ne répondent pas tout d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes, sans précision ; leur langage est semé de néologismes qui le rendent quelquefois difficilement compréhensible. On peut constater parfois qu'avec l'affaiblissement progressif des facultés, certaines idées délirantes ambitieuses sont abandonnées ; le malade ne croit plus à ce que ses voix lui annonçaient ; on peut arriver assez facilement à ébranler ses convictions et même à les faire disparaître.

M. Falret, tout en accordant que l'intelligence des malades arrivés à la dernière période s'affaiblit lentement et progressivement, et que leur délire devient de plus en plus complexe, confus, moins bien coordonné, se refuse à admettre la période de démence. Il est vrai que certains délirants chroniques sont encore, au bout de vingt ou trente ans, capables de causer raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, mais chez d'autres le niveau mental s'est notablement affaibli. D'ailleurs, à la déchéance intellectuelle due à l'évolution même de la psychose, s'ajoute dans la plupart des cas l'action

de l'âge : le délire chronique débute à l'âge adulte et demande, pour parcourir ses quatre étapes, de longues années, vingt ans, trente ans, quarante ans même. On s'explique que, lorsqu'il arrive à la dernière, il existe souvent des lésions cérébrales séniles dues à l'athéromasie des vaisseaux et qui ont pour conséquence la diminution de la mémoire, la sensiblerie, la confusion dans les idées. Le patrimoine intellectuel va ainsi se dissolvant chaque jour sous la double influence de la marche progressive de la vésanie et des troubles de nutrition de l'écorce cérébrale.

Griesinger d'ailleurs insistait déjà dans le tableau qu'il trace des périodes terminales de la folie systématisée sur l'affaiblissement intellectuel des malades. « Dans le degré extrême, dit-il, nous trouvons des conceptions délirantes réduites à un très petit nombre et pour ainsi dire stéréotypées, et à côté de cela une diminution considérable de l'énergie morale, une sorte de décrépitude ; *rien que des débris qui ont survécu au naufrage des facultés intellectuelles* ». Pour Baillarger, « il n'est pas douteux qu'après un temps variable, mais quelquefois très long, les *folies systématisées se terminent souvent par la démence*... ; longtemps avant cette termi-

naison beaucoup de malades offrent des signes d'affaiblissement intellectuel. » Schüle, dans l'étude de la complication du délire de persécution par le délire ambitieux, signale que les idées ambitieuses deviennent prédominantes à mesure que l'affaiblissement psychique augmente : « cette nouvelle période est le signe d'une déchéance intellectuelle définitive : le saint et le prophète, avec tous leurs glorieux attributs, *s'acheminent vers la démence progressive et définitive* ».

En résumé, nous sommes amenés à admettre qu'il se manifeste, après la période de grandeur du délire chronique, une déchéance réelle de l'intelligence contrastant avec l'état mental antérieur du patient : c'est bien là un nouvel aspect du malade, une nouvelle phase de l'affection, que l'on peut désigner du nom de *démence*, ce terme s'adressant d'une manière générale aux états intellectuels en voie de déclin.

CHAPITRE IV

PSYCHOSES DÉGÉNÉRATIVES ET AUTRES.
LES PERSÉCUTÉS-PERSÉCUTEURS

SOMMAIRE : Etats mélancoliques. Délire d'énormité. Alcoolisme sub-aigu. Coexistence du délire alcoolique et du délire chronique. Les idées de persécution dans la paralysie générale, la démence sénile, etc. Les délires hallucinatoires aigus.

Les dégénérés. Leur état mental, leurs délires.

Les persécutés-persécuteurs : caractère obsédant de leurs conceptions. Absence d'hallucinations et d'évolution. Leurs réactions.

Nous venons de faire l'histoire des quatre périodes du délire chronique à évolution systéma-

tique ; il nous faut maintenant passer en revue les formes cliniques avec lesquelles cette espèce morbide présente quelques points de contact. Nous serons brefs sur les états mélancoliques et sur les délires hallucinatoires aigus, ainsi que sur les idées de persécution qui peuvent se montrer chez les déments, les épileptiques, les paralytiques généraux.

Les *états mélancoliques* se distinguent du délire chronique par l'état de dépression, par la douleur cénesthétique primordiale, qui constituent les éléments symptomatiques les plus importants de ces formes morbides, par l'existence d'idées de culpabilité, de ruine, par l'importance moindre dans la majorité des cas des troubles sensoriels, par la coexistence de phénomènes somatiques. Début, évolution, durée, terminaison constituent autant de différences qui séparent les deux maladies. Le mélancolique est un coupable, le persécuté une victime ; l'un subit avec résignation ou réclame même instamment le châtiment qu'il a mérité, l'autre se révolte contre d'odieuses persécutions ; l'un ne pense qu'à en finir avec l'existence, l'autre, le plus habituellement, défend énergiquement sa vie. Chez le mélancolique le délire est secondaire et consécutif à l'état affectif ; chez le délirant chronique

le délire est essentiel et primordial. La genèse des idées de persécution et des hallucinations est bien différente dans les deux formes. Dans la première, elles ne sont en quelque sorte que l'écho des préoccupations douloureuses intimes du patient, qu'elles ne font que confirmer ; dans la seconde, elles surprennent la conscience, elles provoquent des protestations. Le mélancolique craint pour l'avenir : « il va être conduit sur l'échafaud, il sera damné » ; le délirant chronique parle du passé ou du présent : « on l'a injurié, on l'électrise », etc. Cotard a étudié le passage à l'état chronique de la mélancolie anxieuse ; il a montré qu'à une période plus ou moins avancée se produit souvent un *délire de négation* et d'anéantissement qui peut être considéré comme l'antipode de la phase des grandeurs du délire chronique. Les malades nient tout : ils n'ont ni parents ni famille ; tout est détruit, rien n'existe plus, ils ne sont plus rien, ils n'ont pas d'âme, Dieu n'existe plus. Parfois il se produit une pseudo-mégalomanie caractérisée principalement par des idées d'immortalité, d'immensité, et que Cotard a désignée sous le nom de *délire d'énormité* pour la distinguer du délire des grandeurs : les patients ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais aussi dans

l'espace : « ils n'étaient rien, ils en arrivent à être tout ». Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, « elle en marque au contraire le degré le plus excessif ». Dans des cas très chroniques, ce délire d'énormité peut aboutir à de véritables idées de grandeurs, qui restent d'ailleurs toujours empreintes d'une teinte mélancolique : le malade est tout, il est à la fois Dieu et le diable, il est tout-puissant pour le mal et le bien. Comme on le voit, la couleur même du délire, l'histoire de l'affection rendent, sans que nous ayons besoin d'insister davantage, la confusion avec le délire chronique presque impossible.

Le délire alcoolique aigu ou *sub-aigu* sera difficilement confondu avec le délire chronique, bien que dans ces deux formes morbides les phénomènes hallucinatoires tiennent la première place. Mais, dans les délires toxiques, ce sont les hallucinations, les illusions de la vue qui prédominent ; dans le délire chronique au contraire, ce sont les troubles sensoriels auditifs. En outre, l'alcoolique est effrayé, terrifié même, tandis que les malades que nous étudions vivent, comme l'a dit Lasègue, « poursuivis par des idées tristes, mais exempts de terreur ; on peut même dire qu'ils n'ont pas de craintes. Chacune

des idées... qui les tourmentent est déjà passée à l'état de fait accompli. Les inquiétudes sont rétrospectives ; le persécuté n'attend pas, il se rappelle où il éprouve le mal dont il se plaint ». Chez le premier, les phénomènes morbides ont la mobilité des visions d'un rêve « les impressions se multiplient sans arrêt, le malade les quitte, les reprend » (Lasègue) ; c'est une succession rapide de tableaux changeants : les conceptions sont confuses, la conscience est troublée ; chez le second les hallucinations ont une netteté parfaite, sont appréciées et discutées d'une façon précise par une intelligence lucide. « Le persécuté écoute les propos injurieux ou menaçants avec une attention passive, tandis que l'alcoolique discute avec les voix qui l'inquiètent : il pose des questions, il s'obstine à des répliques, il interroge du regard et demande à être renseigné. » Les hallucinations de l'ouïe, quand elles se montrent chez l'alcoolique, sont moins complexes que celles du délirant chronique : il n'y a point ces phénomènes du dialogue, de l'écho de la pensée, qui demandent pour se manifester une longue incubation ; ce sont habituellement des reproches, des gémissements, des injures qui apparaissent sans ordre et sans permettre au malade de classer ses idées : il entend

« qu'on va tout brûler » ; puis ce sont « des bruits de cloches, la musique, un bruit de machine à côté de la chambre, des chants, des cris confus ». Nous sommes loin de la systématisation du délirant chronique chez lequel cette confusion hallucinatoire n'existe pas, et dont les conceptions délirantes se coordonnent d'une façon rigoureuse. Enfin, nous nous contenterons d'opposer, d'une part, la brusquerie du début, la brièveté et la curabilité du délire toxique à la longue incubation et à la durée indéfinie du délire chronique, de l'autre, l'insomnie, les troubles digestifs, le tremblement caractéristique du premier à l'absence de symptômes somatiques du second.

Nous devons ajouter que, chez les alcooliques prédisposés de par l'hérédité psychopathique, et chez ceux dont l'intelligence est affaiblie, le délire persiste après les accidents aigus : les hallucinations caractéristiques disparaissent avec lenteur et s'accompagnent d'hallucinations auditives et olfactives, de troubles de la sensibilité générale. Le malade reste longtemps intimement convaincu de la réalité de toutes ses persécutions illusoires, tandis que l'alcoolique simple se laisse facilement persuader, après quelques jours d'abstinence, du caractère pathologique de ses sensations. Les sujets

dégénérés chez lesquels la prédisposition est au maximum réagissent d'une façon encore plus maladive sous l'influence des toxiques. Sur l'accès de délire alcoolique viennent se greffer des troubles sensoriels très intenses, des idées plus ou moins systématisées de persécution qui peuvent subsister durant des mois entiers. Un de nos malades, employé de cercle, qui avait contracté depuis longtemps déjà des habitudes d'intempérance, interné pour un accès de délire alcoolique franc, présenta au début des idées délirantes multiples, mobiles comme les hallucinations qui les provoquaient : c'étaient des batailles, des victimes sanglantes, des incendies, des tumultes. Quelques jours après, il est plus calme, ne gardant de son délire qu'un souvenir confus, quand il est pris d'hallucinations de l'ouïe très actives : il croit qu'on l'accuse d'avoir assassiné une femme, qu'on l'endort avec toutes espèces de médicaments qui le rendent idiot. Convaincu que tout le monde le regarde comme un assassin, il n'ose parler à personne : « On va le brûler vif, on veut l'empoisonner » ; il ne se rend aucun compte ni de l'endroit où il est, ni des gens qui l'entourent, qu'il croit reconnaître pour d'anciennes connaissances. Pour échapper aux tourments qui l'attendent, il fait plusieurs ten-

tatives de suicide. Nous n'insisterons pas pour montrer que la confusion des idées, la systématisation moins parfaite du délire, sa brusque apparition sous l'influence d'excès de boissons sont bien différentes de ce que nous trouvons chez le délirant chronique.

Nous avons décrit plus haut un cas type de délire chronique dégagé des manifestations accidentelles qui viennent parfois en modifier l'aspect. Mais il faut savoir que, dans le cours de la maladie, peuvent survenir des *épisodes mélancoliques* ou encore des *accès d'excitation maniaque* avec une activité plus grande des troubles sensoriels et du délire. Enfin le délire alcoolique et le délire chronique peuvent coexister chez le même individu. L'agent toxique augmente l'intensité des troubles sensoriels, fait apparaître des hallucinations de la vue, provoque des réactions dangereuses : il peut même parfois recouvrir passagèrement le délire préexistant et rendre le diagnostic délicat au début [1]. Dans certains cas

---

[1] Magnan. *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné* (*Arch. de Neurol.*, 1880).

Dericq. *De la coexistence de plusieurs délires d'ori-*

le tableau morbide est encore plus complexe : le délire chronique, le délire alcoolique, l'épilepsie coexistent chez le même sujet, chaque forme conservant ses symptômes caractéristiques ; une analyse clinique attentive pourra seule isoler et grouper les manifestations psychiques de différente nature, en les rattachant à leur cause première.

Nous n'avons pas à insister sur les idées de grandeur et de persécution qui se montrent dans le cours de la *paralysie générale*. Rien ne diffère plus du délirant chronique ambitieux que le paralytique à idées de grandeur : chez ce dernier l'attitude n'est nullement en harmonie avec le délire ; les conceptions délirantes portent l'empreinte de l'état mental qui leur a donné naissance. Loin d'être systématisées et logiquement coordonnées comme chez le premier, elles sont mobiles, incohérentes, multiples, extravagantes et puériles. Quant aux idées de persécution elles peuvent s'accompagner d'hallucinations de l'ouïe, de troubles de la sensibilité générale, de craintes d'empoisonnement, mais sous les idées délirantes

---

gine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné. Thèse. Paris, 1886.

confuses du paralytique se montrent manifestes les signes d'un affaiblissement *généralisé* des facultés : les idées sont à l'abandon ; les malades les émettent comme elles viennent, sans nul souci de ce qu'ils ont dit avant, de ce qu'ils diront après. Dans le *tabes dorsalis* qui survient souvent, comme on le sait, chez des sujets entachés d'hérédité nerveuse, éclatent parfois des idées de persécution que provoquent et entretiennent les troubles sensitifs et sensoriels dus à l'affection cérébro-spinale. Ces idées vagues de persécution n'ont point une marche évolutive et ne sauraient être confondues avec le délire chronique. Il en est de même pour les idées de persécution qui surviennent dans la *paralysie agitante* chez les épileptiques, chez les *déments séniles*, chez les sujets atteints de *lésions cérébrales circonscrites*. Ces idées de persécution peuvent s'accompagner d'hallucinations de l'ouïe, et plus rarement d'autres troubles sensoriels ; elles peuvent débuter brusquement et sont susceptibles de guérison. En résumé, malgré des analogies d'ailleurs superficielles, il y a loin de ces idées délirantes mal systématisées, secondaires et épisodiques au délire chronique à évolution systématique ; l'état mental des sujets, le début et l'évolution des troubles sensoriels et du délire

constituent autant de différences : ce sont là des états symptomatiques et non point une espèce morbide autonome.

Quant aux *délires hallucinatoires aigus* (*hallucinatorischer Wahnsinn*, Krafft-Ebing ; *amentia, hallucinatorische Verwiertheit*, Meynert), essentiellement caractérisés par l'excitation des centres sensoriels dans un cerveau épuisé, ils se distinguent par un défaut de systématisation ou par une systématisation moindre et par le trouble profond de la conscience qui est assaillie par des hallucinations multiples. Il ne saurait être question dans ce cas de conceptions délirantes enchaînées par des déductions étroites ; le délire est purement sensoriel : tout va à l'aventure et le malade, véritable jouet de ses sens, désorienté, sans conscience ni du temps ni des lieux, a perdu toute notion exacte du monde extérieur. Le début de la maladie qui se fait en bourrasque aiguë, les circonstances dans lesquelles elle apparaît (délire des prisonniers, psychoses post-fébriles et puerpérales), sa terminaison fréquente par guérison sont encore autant de caractères qui la différencient du délire chronique. Westphall et Schüle ont désigné ces formes sous le nom de *Paranoïa aiguë*, de *Verrücktheit aiguë* pour indiquer qu'ils les considèrent comme des moda-

lités de la Paranoïa et de la Verrücktheit chroniques, dans lesquelles les troubles hallucinatoires par leur intensité et leur multiplicité amèneraient un désordre des plus accentués de la conscience. Avec Krafft-Ebing et Kraepelin nous pensons que ces formes aiguës doivent être isolées des formes chroniques : elles n'ont rien de commun en effet avec les délires systématisés en général, ni avec le délire chronique ; d'ailleurs elles ne se transforment jamais en folie systématique (Krafft-Ebing). Ces délires hallucinatoires aigus ont été tout récemment l'objet en Russie d'intéressants travaux de la part de M. Rosenbach [1] et de M. Korsakoff [2] qui propose pour ces psychoses le terme de *dysnoïa* (confusion, démence). Nous n'avons pas à insister ici sur ces formes aiguës qui nous semblent devoir rentrer pour la plupart dans les délires d'emblée de la dégénérescence.

Il nous faut étudier actuellement les *psychoses systématisées des dégénérés* qui doivent être

---

(1) Rosenbach. *Contributions à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoïa (Ann. méd. psych.*, 1891).

(2) Korsakoff. *Les formes aiguës de la folie (Revue médicale de Moscou*, 1891, xxv, n° 3).

distinguées du délire chronique ; mais auparavant il peut n'être pas inutile d'esquisser les caractères généraux de la grande famille dont nous allons étudier les réactions délirantes spéciales ; nous verrons ainsi les différences qui séparent ces deux groupes de malades, les délirants chroniques et les dégénérés. Les états de dégénérescence reconnaissent le plus souvent pour cause, on le sait, les tares névropathiques ou psychopathiques des ascendants ; dans certains cas, ils paraissent relever d'un état passager des parents au moment de la conception (ivresse par exemple), ou d'affections développées pendant la vie fœtale, ou encore de maladies du jeune âge. Ces déviations du type normal de l'espèce (Morel) sont caractérisées par des anomalies du développement de l'organisme, anomalies qui, frappant également l'axe cérébro-spinal, retentissent ainsi sur la sphère psychique de l'individu [1].

---

[1] Consulter sur ce sujet :

B.-A. Morel *Traité des maladies mentales*, 1860.

Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Lecrosnier et Babé. 1891.

Legrain. *Du délire chez les dégénérés*, 1886.

Saury. *Etude clinique sur la folie héréditaire*, 1886.

Au point de vue somatique, la plupart des dégénérés sont porteurs de malformations diverses qui sont la signature de leur déchéance : ce sont les *stigmates physiques de la dégénérescence* (malformations du crâne, de la face, des membres, des organes génitaux, etc.) Au point de vue psychique, ces sujets peuvent être divisés d'après leur développement intellectuel en quatre groupes, qui sont : les *idiots*, chez lesquels la vie cérébrale est presque nulle ; les *imbéciles*, susceptibles d'une certaine éducation, mais incapables de se diriger, vu leur état de faiblesse intellectuel ; les *débiles* à facultés mentales insuffisantes, mais capables dans des conditions déterminées d'un certain développement ; enfin les *dégénérés supérieurs*, chez lesquels, à côté de facultés parfois brillantes, se montrent des lacunes de l'intelligence et du sens moral ainsi que des troubles émotifs. Sans doute la distance est grande d'une extrémité à l'autre de l'échelle des états dégénératifs, mais on y arrive par des gradations insensibles qui démontrent que tous ces sujets sont bien de la même famille. Chez tous, la déséquilibration mentale est la règle, et reconnaît pour cause l'arrêt de développement de telle ou telle faculté, l'hypertrophie de tel ou tel penchant, les imperfections des senti-

ments de moralité, ainsi que les éclipses de la volonté sans cesse tenue en échec par les impulsions instinctives. Les aspects cliniques sous lesquels se présentent ces sujets varient à l'infini avec la localisation et l'intensité des troubles du développement cérébral. C'est chez eux que se présente cette série si variée d'impulsions, d'obsessions, de phénomènes émotifs : dipsomanie, onomatomanie, folie du doute, délire du toucher, kleptomanie, pyromanie, impulsions homicides, suicides, inversion du sens génital, agoraphobie, etc. Ces troubles, qui relèvent du manque d'équilibre fonctionnel des divers centres de l'axe cérébro-spinal, ont comme caractères communs l'irrésistibilité de l'impulsion, l'angoisse concomitante, la conscience complète de l'état et la satisfaction consécutive à l'acte accompli. Ces *syndromes épisodiques de la dégénérescence* ne sont point des entités morbides, mais bien des symptômes apparaissant sur un terrain de déséquilibration mentale : ils constituent autant de *stigmates psychiques* des dégénérés plus importants encore que les stigmates physiques. Ces héréditaires dégénérés n'attendent qu'un prétexte pour délirer ; les maladies infectieuses, le moindre choc moral, suffisent pour provoquer un état délirant ; il en est de

même chez les femmes à propos de l'établissement des règles, de leur suppression, de la grossesse, de l'allaitement. Incapables de résister à l'action des toxiques qui décèlent souvent, dès les premières atteintes, un cerveau prédisposé, ces sujets sont également impuissants à maîtriser leur besoin de s'intoxiquer (*alcoolisme*, *morphinisme*, etc.). Chez eux, les manifestations délirantes se ressentent du terrain spécial sur lequel elles prennent naissance. Nous allons en étudier les caractères spéciaux : le début fréquent dans la jeunesse et même dès l'enfance, l'apparition souvent brusque des idées délirantes (*délire d'emblée*), l'absence d'évolution et de systématisation ou la systématisation habituellement moins parfaite, l'absence dans certaines formes de troubles sensoriels, le polymorphisme du délire, sa curabilité fréquente, sa durée tantôt très brève (*bouffée délirante*), tantôt parfois indéfinie sans transformation du délire.

Si, de cette description écourtée des dégénérés, nous rapprochons l'esquisse du délirant chronique que nous avons faite précédemment, on voit quelles différences séparent ces malades aussi bien au point de vue des antécédents héréditaires, de l'état mental antérieur, que sous le rapport de l'époque d'apparition du délire, de son

mode de début, de son évolution, de son pronostic. Nous pouvons aborder, maintenant, l'examen des diverses psychoses évoluant sur ce terrain de dégénérescence mentale.

Les *persécutés-persécuteurs* sont des dégénérés qui se présentent au clinicien avec une physionomie très caractéristique : ils tiennent à la fois des fous moraux et des maniaques raisonnants. Bien différente de la manie ordinaire, la *manie raisonnante* se distingue aussi des formes délirantes de la dégénérescence mentale ; loin d'être une maladie spéciale, elle n'est qu'un état d'exaltation des facultés intellectuelles des dégénérés, exaltation qui s'accompagne d'inconscience. Que le défaut d'équilibre psychique de ces sujets s'exagère, on les voit s'exciter, tout en restant lucides ; leur activité infatigable aborde mille entreprises ; leurs facultés mentales en état d'effervescence fonctionnent avec une facilité inaccoutumée ; la mémoire, l'imagination, l'association des idées produisent en abondance des conceptions multiples, des projets que la réflexion, l'attention n'ont plus le temps d'examiner et d'éliminer.

La *folie morale* n'est, de son côté, qu'une exagération du défaut d'équilibre des facultés intellectuelles et des facultés morales qui caractérise

tant de dégénérés. Le fou moral n'a point la notion du juste et de l'injuste : honnêteté, justice, amitié, vertu sont pour lui autant de mots vides de sens ; la satisfaction de ses appétits pervers est la seule règle de ses actes.

Les persécutés-persécuteurs empruntent aux maniaques raisonnants leur activité infatigable, et souvent aux fous moraux leur absence de sens moral ; mais ce qui les caractérise avant tout, c'est l'acharnement pathologique avec lequel ils poursuivent leurs ennemis imaginaires.

Ces sujets, pour qui leur instabilité mentale a été la source de nombreux déboires, restent obsédés toute leur vie durant par le ressentiment des prétendues injustices dont ils auraient été victimes et réagissent d'une façon pathologique. Chez eux, nous trouvons les antécédents des héréditaires, les stigmates physiques de la dégénérescence, et, dès la jeunesse, dès l'enfance, la désharmonie des facultés psychiques. Cette déséquilibration mentale n'exclut pas d'ailleurs la prédominance de certaines aptitudes. Rusés et menteurs, d'une patience et d'une activité infatigables, ils mettent leur mémoire, leur imagination, leurs facultés syllogistiques très développées au service de leurs sentiments maladifs, de

leur haine profonde. Ils veulent redresser les torts, flétrir les dénis de justice, obtenir des réparations pour les prétendus dommages portés à leur considération.

Si, au début, leurs discours et leurs démarches semblent ne tenir que de la passion, à mesure qu'ils s'exaltent, leur désir de faire triompher leur cause n'a plus de frein et subjugue complètement leurs sentiments, leurs conceptions et leur volonté ; le caractère maladif devient évident. Il s'agit là, non pas d'un état passionnel, non pas d'une revendication légitime de droits injustement lésés, mais bien d'une véritable idée obsédante, dominant désormais toute l'existence du malade, et pour la satisfaction de laquelle il sacrifiera sa fortune, sa famille, sa liberté même.

Ils partent parfois d'un fait vrai, mais démesurément amplifié, et tout entiers à leur soif de vengeance, insensibles à toute autre considération, avides de scandales, ils entreprennent une campagne acharnée, montrant dans leurs revendications une ténacité infatigable. Très prolixes, très loquaces, ils accumulent leurs prétendues preuves avec une logique apparente, s'appuient sur des arguments tirés de la lecture du Code, sur des faits vrais auxquels ils ajou-

tent des compléments imaginaires ; ils en imposent souvent ainsi et rendent difficile la distinction du vrai et du faux. Sans s'arrêter comme les délirants chroniques à une longue période d'incubation, d'interprétations délirantes, ils passent en général promptement de l'idée à l'acte. Ils s'adressent aux tribunaux, aux personnages influents, entament des procès (*folie processive*), réclament des dommages-intérêts, écrivent des lettres, des mémoires, cherchent à gagner à leur cause la Presse, envoient pétitions sur pétitions au Parlement, aux autorités administratives, etc. — Les échecs répétés qu'ils subissent, loin de les décourager, sont pour eux autant d'iniquités nouvelles qui ne font que les confirmer dans leur délire, autant de stimulants dans une lutte qui est devenue désormais l'unique but de tous leurs actes. Vivant dans un état permanent d'excitation intellectuelle, ils en arrivent bientôt aux injures, aux écrits et aux affiches diffamatoires, aux menaces et aux actes de violence, et enfin, s'érigeant en justiciers, ils n'hésitent pas à frapper celui qu'ils ont condamné.

Ce qui les distingue nettement des délirants chroniques, c'est l'absence de troubles sensoriels ; les hallucinations ne se montrent chez

eux qu'à titre d'exception et quand elles existent elles n'offrent pas cette marche si curieuse, qui du mot, du monologue, conduit au dialogue, à l'écho de la pensée. Il est cependant des circonstances où le diagnostic peut être malaisé au début : il arrive parfois qu'un persécuteur raisonnant présente des hallucinations auditives qui, en l'absence de renseignement, peuvent embarrasser pendant quelque temps le médecin. D'autre part, un délirant chronique chez lequel la maladie n'est pas ancienne, qui dissimule ses hallucinations et qui, dans son mode de réagir, adopte les procédés des persécuteurs peut également faire hésiter un moment le diagnostic. Chez les persécutés-persécuteurs il n'y a point d'évolution méthodique, point de métamorphose du délire : ils se montrent dès le début orgueilleux et persécutés ; ils sont aujourd'hui ce qu'ils étaient hier, ce qu'ils seront toujours. Il y a dans l'existence du délirant chronique deux parts bien tranchées : une première souvent longue sans manifestations morbides ; une seconde avec des symptômes et une marche caractéristiques. Chez les persécutés-persécuteurs il n'en est plus de même : faire l'histoire de la maladie c'est faire celle du malade. L'étude des antécédents héréditaires de

ces derniers sujets fera pressentir un prédisposé qui se révèlera souvent par ses stigmates physiques : celle de ses antécédents personnels le montrera avec sa déséquilibration psychique, avec les lacunes de son intelligence, les anomalies de ses instincts et les contradictions de son caractère. Tandis que chez le délirant chronique la maladie mentale contrastait avec le passé cérébral du sujet, la psychose du persécuté-persécuteur, au contraire, n'est que l'exagération du caractère antérieur chez un individu toujours mal équilibré. Enfin si, chez ce dernier, le délire est précoce, il peut en outre se prolonger indéfiniment sans s'effacer dans la démence. Quelquefois surviennent des accidents apoplectiques comme chez Sandon ; mais ces complications sont moins fréquentes qu'on ne l'avait pensé. Le délirant chronique fait parfois partager son délire à ceux qui vivent avec lui ; le persécuteur raisonnant peut, encore bien plus facilement, communiquer ses convictions délirantes. Il s'est fait le combattant du droit, il a souffert et lutté seul contre les Tribunaux, les médecins, les autorités ; son attitude d'opprimé que l'adversité n'a pas abattu lui conquiert des sympathies, ses infortunes émeuvent bien des gens, en même temps que son activité intellec-

tuelle, la dialectique avec laquelle il soutient ses revendications, l'absence de tout trouble sensoriel entraînent la conviction de certains. Mais tandis que la contagion pour le délirant chronique se limite aux proches, pour le persécuteur elle rayonne bien au delà et le malade trouve des défenseurs dans la presse et dans le public.

D'après leurs tendances maladives, et suivant les procédés qu'ils emploient, les persécuteurs raisonnants peuvent être distingués en différents groupes. Les uns, *persécuteurs processifs* (*Paranoïa querulens* des Allemands), n'emploient pas en général les moyens violents : ils traduisent leurs ennemis en justice, étudient les codes dont ils apprennent par cœur tous les articles se rapportant à leur affaire, épuisent toutes les juridictions, sans jamais se lasser de leurs échecs. Nous avons observé un de ces sujets, fils d'aliéné et excentrique dès la jeunesse, qui, interné pour des idées de persécution avec hallucinations passagères de l'ouïe, attribuait sa séquestration à des influences occultes : « Le Parquet, disait-il, voulait étouffer sa voix, le déshonorer ». Une fois en liberté, il entreprend une campagne très active, fatigue de ses requêtes toutes les autorités administratives ou judiciai-

res, poursuit les médecins qui ont délivré contre lui des certificats qui « doivent, dit-il, être considérés en cour de justice comme pièces à conviction d'un crime qui, après avoir reçu un commencement d'exécution, ne fut pas entièrement perpétré par suite de circonstances indépendantes de la volonté de leurs auteurs ». Il adresse des pétitions aux Chambres « en réparation d'un préjudice indûment causé », convoque les médecins à des réunions publiques dans lesquelles il expose sa séquestration, réclame l'assistance judiciaire pour « suivre, contre le médecin et le personnel du service, une action en justice ».

D'autres, d'un naturel plus violent et qui ont parfois déjà subi de nombreuses condamnations pour injures, menaces et coups, se lassent bientôt de recourir inutilement aux moyens légaux ; ils se montrent agressifs et menaçants. Après avoir employé la diffamation par cartes postales et par voie d'affiches manuscrites placardée par centaines sur les principaux monuments, ils n'hésitent pas à se faire justice eux-mêmes par la violence et l'homicide.

Voici de cette forme clinique si intéressante un exemple qui mettra bien en évidence les différences qui séparent du délirant chronique le

déséquilibré persécuteur. Il s'agit d'un malade qui a fait une tentative d'homicide sur un haut personnage politique. Intelligent et actif, mais instable et déséquilibré, il fait des dupes, vit d'expédients, se lance dans les entreprises les plus diverses, tantôt fabricant de limes, tantôt s'occupant de modes ; son imagination est toujours à la recherche de découvertes retentissantes ; il prend une quarantaine de brevets d'invention. Plus tard s'improvisant chimiste, il invente une substance explosive à laquelle, d'après lui, il n'est pas de forteresse qui puisse résister. Il s'occupe également de questions sociales, travaille à un dictionnaire des synonymes, compose des poèmes, des pamphlets. Malgré cette suractivité intellectuelle que son instabilité rend inféconde, il mène une vie misérable. Dans la situation difficile où il s'est laissé tomber, il rend responsables ceux qui sont à la tête du gouvernement, de déboires et d'échecs qui ne sont imputables qu'à son organisation mentale défectueuse. A la suite d'une condamnation à un mois de prison qu'il estime illégale, il s'écrie : « On entendra parler de moi » et, réagissant comme il avait vécu, en déséquilibré, il se transforme en justicier, et se prépare à faire un exemple éclatant. Il était alors fatigué par un

labeur prolongé et aussi débilité par une alimentation insuffisante. Il profère des menaces de mort contre ses juges, et bientôt entraîné par les vives polémiques de presse de cette époque, il se lance dans la politique. Il rêve une vengeance retentissante : tous ceux dont il croit avoir à se plaindre, tous ceux que ses convictions lui désignent comme nuisibles au bien du pays doivent être punis. Pesant les responsabilités de chacun, il fait quatre catégories de victimes ; 19 ont été choisies : 3 sont condamnées à mort, 2 victimes politiques et 1 personnelle ; 4 recevront des blessures très graves, 7 des blessures plus ou moins graves, 5 des blessures légères. Comme une seule victime doit payer pour toutes, il fait une loterie dans laquelle il donne à chacun un nombre de numéros en rapport avec le degré de culpabilité qu'il lui attribue. Il prépare ainsi 122 bulletins. L'un en a 13, l'autre 4, M. X. 18, M. Y. 10, un juge d'instruction 6 ; le général F. 6, etc.

Le journal qu'il a rédigé dans cette période d'excitation montre bien son état d'exaltation intellectuelle : « Je condamne le misérable D., le faux témoin, le voleur, le faussaire à avoir les deux pattes cassées au genou, et le W. recéleur, faussaire et calomniateur ingrat, à subir la même

peine, avec 8 numéros au chapeau pour D... et 6 numéros pour W.. Les filles L.. et la M.. étant d'un autre sexe, je les méprise. » Pour légitimer ces jugements sommaires, il fait la biographie de chacune de ses victimes, et termine chacune d'elles par la condamnation dont il la frappe : « Encore un qui ira dans mon chapeau avec dix numéros, il paiera son iniquité par une patte cassée au genou ; ce sera sa récompense. » Magistrats, avocats, avoués, notaires, députés, ministres, tous comparaissent à son tribunal ; il pèse, juge et condamne ; il n'y a que lui d'honnête et de juste. Il explique avec complaisance les avantages de ce qu'il appelle « sa justice sommaire » : « Et vous ne trouvez pas que cette loterie ainsi combinée ne soit cent fois plus salutaire, plus logique, plus morale et plus réconfortante, plus juste et autrement expéditive et efficace que la justice si souvent boiteuse et injuste. Voilà ce qu'est ma justice sommaire ; comprenez et soyez certain qu'avant peu, au lieu de la faire passer pour folle, tous les gens sensés, aimant la vraie justice, la trouveront sensée et morale. J'aurai des imitateurs, soyez-en sûrs... Tuer un chien enragé, n'est-ce pas pour le moins supprimer dix mille chiens enragés prêts à se lancer sur l'humanité. » — « J'ai tiré aujour-

d'hui ma loterie, écrit-il ailleurs, c'est X... qui a gagné. J'en suis enchanté, il est sorti ; c'est la mouche venimeuse, le frelon chrysalide du choléra-morbus... Et dire qu'il va falloir que ce soit moi, le pauvre inventeur ridiculisé, moi tant de fois conspué, pillé, calomnié, diffamé, failli, ruiné, condamné à la prison pour chantage, moi Pygmé, dire que c'est à moi que vient d'échoir la noble tâche de supprimer X... le fléau, d'en délivrer la France !! J'ai sorti son numéro de mon chapeau, c'est vraiment trop de chance après tant de gros malheurs immérités et ma vie peut bien payer une telle récompense. »

Au moment de l'élection présidentielle son exaltation grandit : il cherche à se rendre à Versailles, afin de tuer M. X... si celui-ci avait été élu. Au cours de l'interrogatoire, ce malade fut pris au Dépôt d'un accès maniaque aigu accompagné d'hallucinations qui dura cinq jours et disparut sans laisser de traces. Pendant son séjour à Mazas, il se montre préoccupé avant tout par les travaux importants qu'il a en tête. Il avoue aux experts qu'il a besoin de compléter sa série d'ouvrages. Il faut pour lui que la question politique et la question humanitaire soient résolues ensemble. Il traitera successivement de l'éducation des garçons, de l'éducation des filles,

enfin du père et de la mère. Pour cela il lui faut du temps : « Faites-moi condamner, demande-t-il. J'ai besoin de dix ans de travail. Si un Jury imbécile m'acquittait, je recommencerais. Je dis ce que je pense, je ne cache pas ma manière de voir. J'ai agi avec préméditation. »

A l'asile, il est tranquille, s'occupe à rédiger des pamphlets contre Bismarck auquel sa haine s'est actuellement attachée, travaille sans relâche à la solution des questions scientifiques, politiques, sociales, les plus diverses ; il veut proposer de nouvelles armes, de nouveaux plans stratégiques, etc.

L'activité intellectuelle de ce malade, sa lucidité d'esprit, l'habileté avec laquelle il a prémédité et accompli sa tentative d'homicide auraient pu en imposer pour un état passionnel, mais en dehors de l'accès délirant passager qu'il a présenté, l'examen approfondi de cette existence dont tous les actes révèlent un déséquilibré, ses oppositions et ses contradictions incessantes, cette obsession de vengeance qui le poursuit, cette liste de victimes qu'il dresse en mettant le nom d'un homme d'État à côté de celui de l'avocat qui a plaidé contre lui, du magistrat qui l'a condamné, de l'ouvrier typographe qui l'a poursuivi, de sa belle-mère dont

il prétend avoir à se plaindre ; ces verdicts qu'il rend, cette échelle de peines, cette loterie, ce choix de la victime laissé au hasard, dénotent bien les troubles profonds de son intelligence et le caractère maladif de ses actes, tout en le séparant de la façon la plus tranchée du délirant chronique halluciné à évolution systématique.

On peut distinguer encore les *persécuteurs hypochondriaques* qui, convaincus d'avoir été mal soignés par un médecin, en veulent à tous les médecins qu'ils rencontrent dans le cours de leur vie et mettent à les persécuter un acharnement infatigable qui ne recule pas toujours devant des actes de violence. Signalons aussi les *persécuteurs filiaux* s'imaginant avoir retrouvé un père qu'ils poursuivent de leurs tendresses et de leurs revendications ; les *persécuteurs amoureux* dont Teulat, l'amoureux de la princesse de B.., était un magnifique exemple.

Quelque variés que soient les aspects sous lesquels se présentent les persécutés-persécuteurs, qu'il s'agisse de persécuteurs homicides, de processifs, d'amoureux, etc., leurs allures restent toujours les mêmes : leur état mental spécial, la nature et la genèse de leurs conceptions délirantes ne permettent point de les confondre avec les délirants chroniques.

CHAPITRE V

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS DES DÉGÉNÉRÉS

SOMMAIRE : Les délires des dégénérés peuvent se manifester à tout âge, parfois dès l'enfance. Leur mode de début : tantôt brusque, tantôt insidieux. Aspect symptomatique de ces délires : variations fréquentes dans ses formes (polymorphisme) ; coïncidence possible de plusieurs idées délirantes. Absence d'évolution systématique. Psychoses non hallucinatoires à base d'interprétations délirantes : leur persistance sans transformation. Les délires des débiles trahissent la faiblesse du niveau mental des sujets.

Certains délires des dégénérés peuvent au point de vue symptomatique simuler le délire chronique : mais le début, l'évolution et le pronostic sont tout différents. Irrégularité de l'évolution de ces psychoses opposée

à la marche cyclique du délire chronique. Guérison fréquente des délires systématisés de la dégénérescence mentale.

La folie à deux : elle met bien en lumière les distinctions précédentes.

Objections faites au délire chronique : les observations invoquées viennent confirmer la nécessité d'isoler des autres formes une espèce clinique à évolution systématique. Résumé des signes différentiels.

Nous avons dans le précédent chapitre fait une étude succincte des persécuteurs raisonnants : leurs allures toutes spéciales, si elles les isolent des délirants chroniques doivent en outre les faire distinguer des autres dégénérés. Nous nous proposons d'examiner actuellement sur quels éléments cliniques on peut s'appuyer pour tracer une ligne de démarcation entre le délire chronique et les psychoses systématisées proprement dites des dégénérés. Cette distinction, délicate dans certains cas, mérite d'attirer l'attention du médecin, non seulement au point de vue de la détermination précise de l'espèce pathologique qu'il a sous les yeux, mais encore sous le rapport du pronostic de l'état délirant et de l'avenir réservé au sujet. Nous allons passer successivement en revue les divers points qui doivent faire distinguer ces deux grands groupes cliniques.

Déjà, comme nous l'avons vu, l'étude du passé des malades fournit d'utiles indications et, en nous donnant la clé des phénomènes délirants présents, éclaire en outre l'avenir. L'histoire d'un dégénéré n'est pas, nous le savons, celle d'un délirant chronique : chez ce dernier, rappelons-le, les antécédents héréditaires manquent ou, s'ils existent, n'ont point eu une influence nettement dégénérative ; ils se sont bornés à réaliser un état de prédisposition longtemps latente. Nous ne reviendrons pas sur l'existence chez les dégénérés de stigmates physiques et psychiques par lesquels se révèle la tare originelle : leur déséquilibration mentale les prédestine au délire et, en outre, à un délire spécial se montrant, malgré ses allures multiples, sous des traits caractéristiques.

Si, en effet, nous opposons les psychoses des dégénérés au délire chronique, nous verrons combien nombreuses sont les différences au point de vue de *l'âge auquel apparaît* le délire, de *son début*, de *son aspect symptomatique*, de *son évolution* et de *sa terminaison*. Pour ce qui est du premier point, le délire chronique débute, nous le savons, à l'âge adulte ; la psychose du dégénéré peut éclater à tout âge, même dans l'enfance. Chez le délirant chronique, nous trouvions une

longue période d'incubation contrastant elle-même, le plus souvent, avec l'état mental antérieur du sujet : le début de la psychose du dégénéré est tantôt brusque (*délire d'emblée*), tantôt *insidieux*. Dans le délire d'emblée rien qui ressemble à la première période par laquelle passe le délirant chronique. Le dégénéré ne connaît pas les hésitations, les incertitudes, les méditations de ce dernier ; il n'a point besoin pour délirer d'un long apprentissage : grâce à ses aptitudes toutes spéciales, en quelques jours il a systématisé ses idées délirantes. Ces psychoses, évoluant sur un terrain de dégénérescence éminemment favorable, réalisent promptement ces troubles hallucinatoires intenses, ces altérations de la personnalité qui, chez le délirant chronique, ont nécessité pour se manifester une longue élaboration : en quelques semaines, en quelques jours, le dégénéré franchit les étapes que le délirant chronique a mis des années à parcourir. D'emblée, il formule ces idées ambitieuses qui n'apparaissent chez l'autre qu'après que la résistance cérébrale a été entamée par une psychose déjà ancienne. On s'explique ainsi, jusqu'à un certain point, la fragilité et la brièveté fréquentes du délire du dégénéré : c'est une véritable bouffée délirante, une œuvre éphémère qui, ne reposant

point, comme le délire chronique, sur des bases lentement édifiées, s'écroule aussi vite qu'elle s'est élevée.

Dans d'autres cas, au contraire, le début se fait d'une façon insidieuse : le délire, qu'il s'agisse d'un délire ambitieux, d'un délire mystique ou d'un délire de persécution, s'installe sans bruit, et quelquefois même dès l'enfance.

Mais, en outre des particularités relatives au mode de développement des conceptions délirantes, il est d'autres caractères des plus importants qui appartiennent aux délires des dégénérés à leur période d'état : ce sont d'une part les *variations fréquentes dans les formes du délire*, de l'autre la *coïncidence possible de plusieurs idées délirantes*. Les psychoses dégénératives sont en effet protéiformes, multiples, polymorphes : les idées de grandeur peuvent être contemporaines des idées de persécution et cette coexistence est particulièrement fréquente ; elles peuvent s'associer en outre à des délires mystique, érotique, hypochondriaque, à des états maniaques ou mélancoliques. Ces différentes formes coexistent, se remplacent, disparaissent pour se reproduire ensuite, sans qu'on puisse jamais constater une succession évolutive déterminée : tel malade, qui était hier ambitieux, est

aujourd'hui persécuté ; dans quelques jours, il sera hypochondriaque. Le contraste est frappant entre l'irrégularité, le polymorphisme, de ces psychoses et l'ordre, la marche méthodique du délire chronique. Enfin chez le dégénéré, dans le cours du délire peuvent se manifester des impulsions, des obsessions variées qui sont autant de syndromes épisodiques de son état de déséquilibration mentale.

Les dégénérés présentent en outre d'autres modalités délirantes qui ne peuvent, elles non plus, être laissées à côté du délire chronique. Nous savons quelle est l'importance des hallucinations dans la marche progressive et dans la systématisation de cette dernière forme. Chez les dégénérés, des délires de persécution ou de grandeur peuvent se montrer, qui doivent être distingués du délire chronique, les uns parce que les sujets ne présentent point de troubles sensoriels, les autres parce que les phénomènes hallucinatoires par leur intensité et leur multiplicité amènent un état de confusion, une obnubilation de la conscience qui met obstacle à la systématisation du délire.

Examinons d'abord les *formes non hallucinatoires*. Si, au début, le délire chronique est intellectuel, il ne tarde pas à devenir à la fois

intellectuel et sensoriel, et le rôle des hallucinations dans la genèse et la systématisation des idées délirantes est toujours des plus importants. Chez les dégénérés il est loin d'en être constamment ainsi : dans nombre de cas, les hallucinations, peu nombreuses, ne sont qu'un élément surajouté ; dans d'autres, l'examen le plus attentif ne peut en déceler. Le délire, dans ces formes cliniques non hallucinatoires, est purement intellectuel ; qu'il s'agisse d'idées systématisées de persécutions ou d'idées ambitieuses, la chose importe peu : ces *psychoses non hallucinatoires* ont d'autres éléments caractéristiques que la couleur du délire. Elles peuvent éclater dès l'enfance, à l'âge de 8 ou 10 ans (*originäre Verrücktheit* des Allemands), dénonçant ainsi d'une manière indéniable la dégénérescence héréditaire. Les idées délirantes plongeant leurs racines dans un passé aussi lointain, sont solidement implantées ; elles s'imposent invinciblement à l'esprit du malade, et peuvent persister durant toute l'existence sans aucune transformation, ce qui les sépare entièrement du délire chronique à évolution systématique. Au point de vue de leur genèse, elles peuvent être considérées, dans certains cas, comme des idées obsédantes qui s'installent de toutes pièces, sans

l'intervention d'hallucinations. Chez d'autres malades rentrant dans le même groupe, les conceptions délirantes reposent exclusivement sur un vaste échafaudage d'illusions et surtout d'interprétations fausses multiples qui suffisent, sans l'intervention de troubles sensoriels, à l'édification d'un roman délirant bien charpenté. Ajoutons que chez certains de ces sujets, des hallucinations peuvent apparaître, mais elles sont alors secondaires, épisodiques. Ces phénomènes hallucinatoires dont le rôle reste toujours accessoire, ne laissent pas cependant que de rendre parfois le diagnostic incertain, jusqu'à ce qu'un examen plus complet ait montré comme base unique et suffisante du délire une idée obsédante ou des interprétations délirantes. On est frappé en examinant ces malades de voir quels événements insignifiants, quelle rencontre fortuite, quelle phrase ambiguë ont suffi pour faire éclore le délire : une fillette que son père appelle « ma petite reine » part de là pour forger un délire ambitieux ; une autre que sa mère corrige en s'écriant : « mais ce n'est pas ma fille, on l'a changée en nourrice », bâtit tout un délire sur ces quelques mots. Pour comprendre une telle disproportion entre la cause et l'effet, il faut bien admettre, ce que confirme l'observation, l'exis-

tence chez ces sujets d'un cerveau qui, préparé de longue main au délire par l'hérédité psychopathique, n'est en quête que d'un prétexte pour élaborer les conceptions délirantes les plus variées. A la faveur du jeune âge, la conception erronée, œuvre d'un cerveau taré, est bientôt profondément imprimée dans l'esprit de l'enfant; des interprétations délirantes quotidiennes viennent la confirmer, comme autant de preuves nouvelles. Quand on examine le malade à l'âge adulte on se trouve en présence d'un sujet dont les allures paraissent à première vue normales : sa lucidité est parfaite. Grâce à sa mémoire, souvent très exercée, à sa dialectique toujours en éveil, il peut défendre sa conviction délirante avec les apparences de la raison ; il accumule preuves sur preuves, il a pour chaque objection une réponse toujours prête, et dans la discussion, il cite des dates avec une précision étonnante, pose des dilemmes, s'empare du fait le plus insignifiant et sait l'adapter adroitement aux besoins de sa cause. Lui résiste-t-on plus ouvertement, essaye-t-on de lui faire toucher du doigt ses erreurs, il a le sourire ironique de quelqu'un dont la conviction, assise sur des faits non contestables, est et demeurera inébranlable. Parfois il arrive que ces dégénérés à délire systématisé ambitieux ou

de persécution empruntent aux persécutés-persécuteurs leur mode de réaction ; avec une ténacité, avec un acharnement caractéristique, ils poursuivent ceux que leurs interprétations délirantes, leurs illusions, leur désignent comme des ennemis, et se transforment ainsi en véritables persécuteurs.

Nous avons observé à Ste-Anne une femme de 30 ans chez laquelle dès l'enfance s'étaient manifestées des idées ambitieuses et de persécution. Persuadée qu'elle était fille d'un évêque, que ceux dont elle portait le nom n'étaient point ses parents et qu'ils avaient fait périr son véritable père, entretenue dans sa conviction par d'incessantes interprétations délirantes, elle réagit comme les persécutés-persécuteurs dont nous avons précédemment parlé. Durant toute son existence, elle n'a cessé de poursuivre ses parents de sa haine et finit, exaspérée, par tirer un coup de revolver sur son père pour attirer l'attention de la justice. L'analyse des éléments constituants de son délire ne nous montra pas autre chose qu'une idée erronée installée dès la plus tendre enfance, sans contrôle, dans un cerveau mal équilibré, qui s'était imposée par la suite avec toute la puissance des acquisitions faites à cet âge, et qui avait provoqué, sans l'intervention

d'aucun trouble sensoriel, tout un enchaînement d'interprétations délirantes.

En outre de ces formes, non hallucinatoires, nous avons vu qu'il peut se montrer, toujours chez des dégénérés, des *formes hallucinatoires aiguës* avec idées de persécutions et bouffées ambitieuses : ce que nous en avons dit dans le précédent chapitre nous dispensera de revenir ici sur leur description. Dans ces cas, point de systématisation, mais au contraire une confusion extrême dans les idées, secondaire à l'envahissement de la conscience par des hallucinations multiples ; rien en somme qui ressemble à l'enchaînement logique des idées du délirant chronique. Nous verrons plus loin un épisode aigu de cette nature éclater chez un dégénéré au cours d'un délire de persécution et être bientôt suivi de guérison.

Nous montrerons, plus loin, qu'à la vérité, dans certains cas, le dégénéré peut être confondu pendant un temps avec le délirant chronique, si l'on s'en tient à l'aspect extérieur du malade : mais, chez nombre de sujets, le doute n'est pas possible. C'est surtout chez les *débiles* que le délire (délire de persécution ou délire de grandeur) revêt des caractères quasi-pathognomoniques ; il traduit au dehors, en les exagérant, toutes les

défectuosités de l'intelligence. Niais, puéril, mal coordonné, il porte l'empreinte de l'état mental inférieur qui lui a donné naissance et met à nu la débilité mentale du sujet. Par moments le malade semble n'être plus convaincu de son délire : il hésite, ce que ne fait point le délirant chronique. Les tares héréditaires, le niveau mental faible, les troubles émotifs, les malformations physiques du sujet, l'allure générale du délire, tout révèle une forme dégénérative. Il est cliniquement impossible de confondre les élucubrations délirantes de ces infirmes de l'intelligence avec le délire bien coordonné et logiquement défendu du délirant chronique.

A côté de ces différents délires de persécution et de grandeur que leurs allures spéciales ne permettent pas de confondre avec le délire chronique, il en est d'autres qui, à ne les considérer qu'à leur période d'état, sans tenir compte du début de l'affection et de son évolution, peuvent revêtir les apparences de la deuxième ou de la troisième période du délire chronique. Le plus habituellement, il est vrai, le délire du dégénéré ne se présente pas avec cette systématisation complète, cette conviction profonde qu'une psychose déjà ancienne a réalisées chez le délirant chronique. Ces signes ont sans doute leur valeur, mais,

dans certains cas, ils peuvent faire défaut et alors la distinction ne laisse pas que d'être délicate. Chez les persécutés de cette espèce, ce sont les mêmes illusions et interprétations délirantes, les mêmes troubles sensoriels ; ce sont aussi, sauf de légères modifications, les mêmes altérations de la personnalité, les mêmes néologismes, les mêmes réticences. Comme chez les délirants chroniques, mais beaucoup moins souvent, on peut constater la prédominance des hallucinations de l'ouïe (monologues, dialogues, écho de la pensée) ; on rencontre, en outre, des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations et des illusions du sens génital, de l'odorat, du goût, de la vue, des hallucinations motrices verbales. Ces délires de persécution et de grandeur des dégénérés, pourraient, ainsi que le fait remarquer M. Briand, en imposer pour le délire chronique, de même que l'hystérie peut s'approprier trait pour trait les caractères les plus typiques des affections organiques médullaires ou cérébrales. Nous avons observé récemment une malade de 23 ans qui, après avoir eu, durant deux jours, des sifflements dans les oreilles, devint très rapidement hallucinée : « on répète tout ce qu'elle fait ; quand elle va se mettre au lit, les voix disent : « Tiens, elle change

de chemise », etc. Par moments il y a trois voix, dont l'une prend sa défense ; d'autres lui commandent d'exécuter des actes qui lui répugnent (manger du charbon, voler, etc.) ; on la menace de mort. Elle, ne peut ni agir, ni parler sans la permission de « *Mme la somnambule* » à qui elle s'adresse à chaque question qu'on lui pose : En outre, celle-ci la fait parler « par le cœur », c'est « une voix intérieure » (*hallucinations motrices verbales*). Il existait en outre chez cette jeune fille des hallucinations de la vue assez actives (pas d'alcoolisme), des hallucinations pénibles de l'odorat, du goût, des troubles de la sensibilité générale. Bientôt des voix consolatrices se firent entendre : « on vantait son bon cœur, on la récompenserait ». Moins de trois mois après son entrée, la malade sortait complètement guérie, sans qu'il restât aucun vestige des phénomènes hallucinatoires si accusés qui avaient reproduit pendant un temps le tableau de la deuxième période du délire chronique. Le jeune âge du sujet (23 ans), le début brusque du délire, son évolution rapide, se terminant par une guérison complète, sont autant de différences justifiant la description isolée de ces délires de persécution fugaces qui, s'ils peuvent un moment simuler de tout point le délire chronique, s'en éloignent en

réalité par des caractères cliniques de la plus haute importance.

Nous trouvons encore un exemple de ces délires d'emblée, à évolution rapide dans l'observation d'un dégénéré chez lequel un délire de persécution disparut après deux mois de durée. Il s'agissait d'un déséquilibré émotif, extravagant, mais intelligent et instruit (tante aliénée). A la suite de quelques bavardages éclata une bouffée délirante avec des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe. Comme un délirant chronique notre malade entend des injures : partout on parle de lui ; la nuit on perce son plafond, on l'injurie ; il entend causer des gens apostés dans la chambre voisine pour l'arrêter. Il se plaint qu'on l'hypnotise ; on connaît sa pensée ; il sait par suggestion qu'un vol a été commis dans un tronc d'église et qu'on le fait filer depuis : on lui envoie du chloroforme, des effluves magnétiques, on lui fait voir des monstres rouges, blancs, bleus. De temps à autre, il entend quelques paroles sympathiques « il pourra se faire payer cher, c'est une diffamation », et il parle de demander 200,000 francs de dommages-intérêts. Après une rémission de quelques jours, les troubles hallucinatoires augmentent d'intensité, se généralisent et réalisent

ainsi ce trouble profond de la conscience, cette multiplicité d'idées délirantes qui caractériseraient les formes hallucinatoires aiguës (Schüle, Krafft-Ebing, Rosenbach). Le malade est pâle, les traits profondément tirés, l'air très fatigué ; il prétend qu'on l'a hypnotisé toute la nuit, il pleure : on lui a dit que sa tête tomberait. Il crie sans cesse : « A l'hypnotiseur ! A la fantasmagorie ! » en fixant un point de sa cellule. Il est en proie à une multitude de troubles de la sensibilité qui éveillent en lui une série correspondante et incohérente d'idées délirantes. Il passe alternativement de l'abattement avec craintes hypochondriaques à l'excitation avec grimaces, extension brusque des membres. Parfois il dit qu'il se sent mourir, puis il pousse brusquement un éclat de rire strident. Il a des hallucinations de la vue, tantôt effrayantes, tantôt presque agréables ; il regarde en extase le soleil, puis devient mélancolique. Comme chez les délirants chroniques typiques, nous trouvons chez ce sujet des idées systématisées de persécution, des hallucinations, quelques idées ambitieuses ; mais il s'agissait d'un individu manifestement déséquilibré et le début de l'affection avait été brusque ; il n'y avait pas eu de phase d'incubation qui rappelât la première période du délire chronique :

moins de deux mois après son entrée le malade était tranquille et riait quand on lui rappelait son délire. En résumé, là, comme dans les observations précédentes, antécédents héréditaires, antécédents personnels, début, terminaison de l'accès délirant, tout vient montrer que, malgré des analogies symptomatiques superficielles nous avons affaire à une espèce clinique bien différente du délire chronique.

Ce qui distingue dans tous ces cas le dégénéré du délirant chronique, c'est l'irrégularité du délire du premier, opposée à la marche cyclique, à l'évolution toujours identique à elle-même de la psychose du second. Né, comme nous le savons, tantôt sans incubation préalable, tantôt, mais rarement, à la suite de tendances délirantes très anciennes, le délire du dégénéré peut, ou se terminer brusquement par la démence, ou se dissiper rapidement, ou encore s'effacer pendant un temps pour se reproduire de nouveau sous une forme identique à la première ou sous un aspect tout différent. Le délire chronique progresse fatalement, se transforme lentement, s'implante chaque jour plus solidement dans la conscience du patient, sans espoir de guérison ou d'un répit de quelque durée ; la curabilité possible de la psychose du dégénéré n'est pas

une des particularités les moins importantes qui légitiment la distinction de deux formes cliniques à pronostic si différent. Sinogowitz (cité par Griesinger) a donné, il y a longtemps déjà, l'observation d'un mégalomane systématisé âgé de 30 ans, qui s'imaginait être colonel, adjudant général, joueur distingué de billard, cavalier extraordinairement habile, et chez lequel la guérison survint en quelques mois. Nous avons observé un ancien élève de l'École Polytechnique âgé de 25 ans, mégalomane systématisé, halluciné, qui avait de tout point les allures d'un délirant chronique à la troisième période. Il se disait fils de prince, empereur, et recevait avec hauteur sa mère qui n'était, disait-il, que sa mère adoptive. Dès le début de la maladie, il s'était montré ambitieux : ce délire des grandeurs dura deux ans, puis cessa brusquement, et le malade put rentrer dans sa famille. Or ce mégalomane guéri était un dégénéré, comme le montraient ses antécédents personnels (caractère sombre, excentricités, instabilité mentale), aussi bien que ses antécédents héréditaires (nombreux aliénés et déséquilibrés dans les familles maternelle et paternelle). Comme on le voit, le dégénéré mégalomane n'a pas eu à passer par de longues étapes, interprétations délirantes, idées de persécu-

tion : les idées de grandeur se sont montrés dès le début et n'ont pas changé de caractère, il n'y a rien eu chez lui qui rappelle l'évolution fatale du délire chronique.

Rien n'est plus propre à mettre en lumière les traits distinctifs du délire chronique et du délire de persécution chez les dégénérés que l'histoire de la *folie communiquée*, du délire à deux. Les faits auxquels nous faisons allusion démontrent que s'il est des formes qui peuvent simuler le délire chronique, il ne s'agit bien là que d'une ressemblance toute superficielle. Nous connaissons la lente incubation du délire chronique, sa marche progressive, sa systématisation, la lucidité du patient et le caractère de vraisemblance de ses récriminations ; on s'explique ainsi que cette affection puisse (du moins aux périodes d'incubation et de persécution) se communiquer à ceux qui, vivant avec le malade dans une intimité de tous les instants, en partagent d'abord les inquiétudes, puis, par une gradation insensible, s'en assimilent les idées de persécution et enfin contribuent dans la mesure de leurs forces à l'élaboration des conceptions délirantes. Ce n'est pas à dire qu'il s'agisse, dans ces cas où le délire chronique déteint sur un deuxième personnage, d'un délire chronique à deux où cha-

cun apporte sa pierre à l'édifice lentement construit de la psychose progressive. Il faut, en effet, pour épouser les conceptions délirantes d'autrui des aptitudes spéciales, il ne faut pas offrir par soi-même au délire une résistance bien forte ; et de fait, dans la plupart des cas, on voit en présence un élément actif, intelligent, qui a créé le délire chronique, et un élément passif, généralement faible d'esprit, qui l'a subi, qui le répète à la manière d'un écho. Il n'y a pas eu entre les deux malades une collaboration : tout s'est borné à la copie, à la caricature par le second de l'original fourni par le premier. Nous avons donné dans nos leçons cliniques l'exemple d'un délire chronique existant depuis trois ans chez une femme de 52 ans et se répercutant sur la fille de celle-ci, d'un niveau mental très faible. Nous devons ajouter que si la psychose de l'un est incurable, on voit au contraire chez le second, et la chose ne saurait nous étonner puisqu'il s'agit d'un dégénéré, les idées de persécution imposées par l'auteur du délire, s'évanouir rapidement une fois que les deux malades sont séparés.

La distinction fondamentale que nous voulons établir entre la folie des dégénérés et le délire chronique a trouvé d'éloquents défenseurs au cours de l'importante discussion qui a suivi

au sein de la société médico-psychologique le remarquable discours de M. P. Garnier. M. Camuset se rallie pleinement à notre manière de voir ; il conclut ainsi : « Il existe une classe nosologique composée d'un grand nombre de psychoses analogues qui débutent et qui évoluent selon une règle immuable et qui ne s'observent que chez les sujets non dégénérés et normaux jusqu'au début de leur affection. » Il propose le terme de *délire chronique régulier* pour l'opposer à la folie des dégénérés dont « il diffère du tout au tout ». M. Marandon de Montyel accepte également, sauf quelques réserves sur des points d'importance secondaire, « la synthèse dite délire chronique, qui non seulement répond à la réalité des faits cliniques, mais est conforme à toutes les grandes lois de la psychologie normale et de la psychologie morbide ». M. Falret, dans une intéressante communication à la Société médico-psychologique [1], déclare « admettre la vérité clinique de cette distinction entre les folies héréditaires et les délires chroniques... » et « accepter la description du délire chronique dans son ensemble ». Il est cependant des points sur

---

[1] *Annales méd. psychol.*, mars 1887.

lesquels M. Falret s'éloigne de nous ; il divise l'évolution du délire en trois périodes : à une période d'incubation succède une période caractérisée par des hallucinations auditives et des idées systématisées de persécution ; puis vient une troisième période avec des hallucinations multiples, des troubles de la sensibilité générale et des idées stéréotypées de persécution ; enfin survient la métamorphose du délire. Pour lui la transformation ambitieuse n'est pas constante ; le délire de grandeur n'est qu'un délire surajouté ; enfin la période ultime du délire chronique ne peut être assimilée à une véritable démence.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés sur les caractères distinctifs des psychoses des dégénérés et du délire chronique, ainsi que sur la transformation du délire, nous dispenseront d'insister longuement sur les arguments apportés par quelques adversaires de la forme que nous étudions. Il existe, a-t-on objecté, des persécutés qui ne sont point devenus ambitieux. Mais à quels persécutés fait-on allusion ? S'agit-il de délirants chroniques véritables, à la deuxième période, ou de dégénérés, de débiles chez lesquels un délire de persécution s'est installé sans préparation? Ce sont autant de détails qui ont

leur importance, nous l'avons vu, et que l'on néglige de spécifier. Mais admettons un instant la réalité de cet arrêt du délire chronique. Est-ce à dire que l'espèce clinique que nous décrivons soit battue en brèche ? Nous ne le pensons point : nous savons en effet la lenteur avec laquelle la maladie poursuit sa marche. Comme elle débute à l'âge adulte et qu'elle demande pour son évolution vingt ans, trente ans et même davantage, il peut se faire que le délirant chronique meure avant l'apparition du délire des grandeurs. Et d'ailleurs est-ce une hypothèse dénuée de vraisemblance, que de supposer que le délire chronique puisse parfois s'immobiliser pendant un laps de temps considérable à la période de persécution ? Il n'est point d'exemple en pathologie d'une affection qui parcourt suivant une règle absolument immuable toutes ses périodes. La conception du tabès s'est-elle, ainsi que le fait remarquer M. Marandon de Montyel, trouvée atteinte depuis que l'on sait que la maladie s'arrête parfois dans son évolution fatale, et dure quinze ou vingt ans sans avoir présenté tel ou tel symptôme dont l'apparition paraissait jadis inévitable. Aussi bien, ces cas d'arrêt du délire chronique sont-ils vraisemblablement de beaucoup plus rares qu'on ne se l'imagine : la dissi-

mulation du malade arrivé à la période ambitieuse peut en effet faire passer à côté de la métamorphose du délire : « Le hasard seul, dit M. Doutrebente, permet parfois d'en surprendre la manifestation. » Rappelons aussi la remarque de M. Falret qui confessait avoir vécu durant plusieurs années à côté de délirants chroniques devenus mégalomanes, en méconnaissant leur nouveau délire. Cet aveu d'un clinicien si éminent doit, croyons-nous, rendre prudents ceux qui emploient contre le délire chronique un argument aussi sujet à caution. D'ailleurs, dans le cours de la discussion à la Société médico-psychologique, des exemples ont été cités comme démontrant la persistance d'un délire de persécution durant de longues années sans transformation ambitieuse ; or, il s'est trouvé, par un hasard malencontreux, que cette métamorphose du délire dont l'absence était invoquée par nos contradicteurs existait en réalité et avait été constatée de la façon la plus nette par d'autres observateurs. C'est encore ici le lieu de rappeler que M. Falret qui, dans son premier discours, avait fixé à un tiers le chiffre des délirants chroniques passant par la période ambitieuse, déclarait dans une communication ultérieure que cette proportion était très approximative : « Les

idées ambitieuses existant réellement souvent, à l'état latent ou à l'état de dissimulation chez les malades, ce fait peut modifier profondément la proportion admise *a priori*, et contribuer ainsi à démontrer qu'il peut être plus fréquent qu'on ne l'a cru jusqu'ici et qu'il a pu être souvent méconnu par les observateurs même les plus attentifs. »

Mais que faire, vient-on dire ensuite, des malades chez lesquels le délire ambitieux a débuté d'emblée, ou s'est révélé dès l'enfance, ou encore survient périodiquement ; chez tous ces aliénés on ne trouve point traces d'idées de persécution antérieures : que devient donc l'évolution du délire chronique ? La réponse est facile : ces sujets mégalomanes d'emblée ne sont point des délirants chroniques ; l'espèce clinique que nous étudions ici n'a même point d'autre raison d'être que de les séparer des autres malades présentant une évolution caractéristique par les quatre étapes que nous avons décrites. Ces mégalomanes d'emblée, ces mégalomanes à accès périodiques sont des dégénérés et leurs observations qu'on nous oppose sont pour nous autant d'arguments venant appuyer la thèse que nous défendons.

Le délire de persécution, ajoute-t-on encore, peut se terminer par guérison sans avoir jamais

passé par la période ambitieuse. C'est précisément cette terminaison spéciale qui nous a conduit à distinguer ces cas à pronostic favorable survenus chez les dégénérés du délire chronique à évolution systématique et à marche fatale.

Il n'y a pas, a-t-on dit enfin, de période de démence véritable. Nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons dit précédemment de cette période ultime du délire chronique, aux opinions émises sur ce sujet par Griesinger, Baillarger, Schüle et enfin à l'examen des malades eux-mêmes. M. Dagonet, pour qui la mégalomanie est une entité morbide, a rapporté des observations dans lesquelles la maladie ne s'est point terminée par la démence. Mais à leur lecture on s'aperçoit qu'il ne s'agit nullement de délirants chroniques. Cette femme qui, depuis vingt ans, prétend être le prince impérial, ce malade qui, depuis une vingtaine d'années, est atteint subitement tous les deux ou trois ans, d'une bouffée ambitieuse de trois mois de durée, sont des dégénérés : ils n'ont point passé par les diverses périodes du délire chronique et nous ne saurions nous étonner de ne point les voir verser dans la démence. Nous considérons même ces observations comme démontrant la nécessité où se trou-

vait le clinicien de distinguer dans la mégalomanie, où ils restaient confondus, d'une part les mégalomanes du délire chronique qui, après avoir passé par une période de persécution, finiront dans la démence, de l'autre les mégalomanes dégénérés dont l'évolution, la genèse et le pronostic du délire sont tout différents.

Certains auteurs ont manifesté enfin des craintes tout à fait illusoires. M. Falret se demande si le délire chronique ne réunit point des faits disparates et des états très divers. La description que nous avons faite de cette psychose montre au contraire que celle-ci laisse en dehors d'elle des faits dissemblables qu'englobaient le délire de persécution et la mégalomanie. L'on craint de nous voir annexer au délire chronique la mélancolie anxieuse et la pseudo-mégalomanie qui lui est parfois consécutive ; mais il suffit d'avoir présente à l'esprit l'évolution des quatre périodes du délire chronique pour être convaincu que ces états mélancoliques ne sauraient rentrer dans cette dernière forme. On a craint également qu'en plaçant dans le même cadre « les démonopathes, les possédés, les ensorcelés » d'une part, « les électrisés, les empoisonnés, les mouchardés » de l'autre, nous ne comprenions tous les mystiques et tous les persécutés dans le délire

chronique. A cela, nous répondrons qu'il faut nécessairement faire un choix : les démonopathes, les damnés du délire chronique ont eu, comme les persécutés, une période d'incubation, et, comme eux, ils auront une évolution ultérieure qui les conduira aux idées de grandeur (*démonolâtrie*, *théomanie* pour les premiers, *mégalomanie* pour les seconds), et ensuite à la démence.

Essayons, avant de terminer ce chapitre, de résumer en quelques lignes les traits principaux qui doivent faire distinguer le délire chronique à évolution systématique des autres psychoses. Pour plus de clarté nous prendrons le malade à chacune des périodes de l'affection. A la phase d'incubation, le sujet pourrait être pris pour un hypochondriaque ou pour un malade atteint de dépression mélancolique. Mais l'hypocondriaque ne soupçonne personne, n'interprète pas faussement les faits et gestes de ceux qui l'entourent ; il se sent malade et ne s'en prend qu'à lui-même ; quant au mélancolique, sa souffrance est surtout morale, la vie n'a pour lui aucun attrait ; il se désespère, s'accuse lui-même ; le délirant chronique, au contraire, cherche d'où lui viennent ses sensations nouvelles et en trouve l'explication dans l'intervention d'autrui. Enfin,

les renseignements fournis par l'âge (la maladie est une psychose de l'âge adulte), par les antécédents héréditaires (qui manquent ou sont peu chargés chez les délirants chroniques), par l'état mental antérieur (chez eux habituellement indemne) seront autant d'éléments dont il y aura lieu de tenir compte. A la période de persécution on se rappellera que tout délire de persécution dans lequel il n'existe pas d'hallucinations ne peut être considéré comme rentrant dans le délire chronique. Ces psychoses non hallucinatoires sont l'œuvre de dégénérés : nous éliminons ainsi les persécutés-persécuteurs, et les persécutés à idées de persécution systématisées, à base d'interprétations délirantes. Si les formes non hallucinatoires du délire de persécution sont en dehors du cadre du délire chronique, les types cliniques caractérisés par une production considérable de troubles sensoriels amenant eux-mêmes une obnubilation plus ou moins complète de la conscience et des états mélancoliques ou des délires de persécution ne sauraient rentrer dans le délire chronique. Ces bouffées hallucinatoires aiguës, ces délires d'emblée qui se montrent chez des sujets prédisposés n'offrent rien qui ressemble à la systématisation du délire chronique et sont le plus habituellement cura-

bles. Il en est de même pour les délires toxiques. Quant aux délires de persécution des dégénérés qui, par leur aspect symptomatique peuvent simuler, pendant un temps, la deuxième période du délire chronique, c'est dans l'étude approfondie du délire et du malade lui-même que l'on trouvera les bases du diagnostic et du pronostic. Les tares héréditaires du dégénéré, ses lacunes psychiques, ses stigmates physiques, l'existence des syndromes épisodiques de la dégénérescence, l'âge précoce auquel apparaît la psychose, son début sans incubation préalable, la coexistence passagère ou permanente d'autres idées délirantes (idées ambitieuses, hypocondriaques, mystiques, érotiques, etc.), seront autant de signes distinctifs avec le délire chronique.

Aux deux dernières phases de la maladie le diagnostic n'offrira pas, en général, de difficultés. A la période ambitieuse, la connaissance d'une phase antérieure de persécution éclairera la situation, et empêchera la confusion avec, d'une part, le délire des grandeurs non hallucinatoire, fixe, non évolutif, analogue à une idée obsédante, et, d'autre part, avec les bouffées délirantes habituellement polymorphes des dégénérés.

A la quatrième période, les commémoratifs, la reconstitution de l'histoire délirante du sujet avec ses phases successives, montrera, dans l'état d'affaiblissement intellectuel, un état secondaire qui n'est que l'épilogue d'une psychose très ancienne.

CHAPITRE VI

APPLICATIONS MÉDICO-LÉGALE ET THÉRAPEUTIQUES

Sommaire : Actes délictueux et criminels commis par les délirants chroniques. Expertises médico-légales qu'ils nécessitent. Réticence et lucidité des malades. Leur irresponsabilité absolue. Conduite du médecin en présence d'un délirant chronique.
Règles hygiéniques. Séquestration. Conclusions.

Nous avons vu, en examinant les divers modes de réaction des délirants chroniques, combien fréquents étaient les actes violents par lesquels ces malades essayaient de mettre fin à leurs

tourments imaginaires, et combien ces manifestations agressives étaient pour ainsi dire fatales, quand les troubles sensoriels, par leur continuité, leur extension, avaient fini par rendre intolérable la vie de ces malheureux. Nous avons fait remarquer la marche progressive de ces réactions : le sujet, d'abord passif, cherchant à fuir ses ennemis, puis se défendant, se plaignant à toutes les autorités, enfin, lassé de voir ses démarches inutiles, s'armant, décidé à en finir. Les actes délictueux ou criminels commis dans ces circonstances nécessitent des expertises médico-légales destinées à mettre en lumière le caractère pathologique des mobiles qui ont poussé l'inculpé, et à montrer les rapports étroits de l'acte incriminé avec un délire de longue durée à troubles sensoriels prédominants.

Nous savons que les délirants chroniques peuvent longtemps conserver l'intégrité de leurs facultés syllogistiques ; nous avons vu avec quelles apparences de raison ils savent plaider pour leurs conceptions délirantes, et quel degré de lucidité ils conservent malgré la persistance de troubles sensoriels très actifs. Le soin avec lequel ils cachent souvent des idées délirantes depuis longtemps systématisées, leurs réticences quand il s'agit de dissimuler leurs sensations

maladives qui, ils le savent, seront interprétées comme des signes de folie, font que les malades, lorsqu'il ont commis des actes violents, une tentative d'homicide, peuvent paraître, même aux yeux de ceux qui les entourent, non délirants et, par suite, responsables. « C'est pour les fous de cette espèce, disait Tardieu, que l'expert rencontre le plus de peine à faire prévaloir les données les plus positives de la science ; c'est parmi eux que l'on compte ces exemples déplorables d'erreurs judiciaires qui ont conduit de pauvres malades jusqu'à l'échafaud. » Cependant, en dépit de leur dissimulation, le médecin arrivera toujours à mettre en évidence d'une façon irréfutable le caractère pathologique de leurs actes ; il pourra démontrer que tel individu dont l'intelligence semble intacte, et qui a rempli jusque dans les derniers jours ses occupations habituelles, est un halluciné chez lequel un délire déjà ancien s'est systématisé. Il devra alors reconstituer la marche de l'affection, montrer le malade entrant, après une phase d'incubation, dans la période de persécution, et construisant plus ou moins silencieusement son délire ; il devra mettre en lumière l'étroite relation qui existe entre les faits incriminés et les phénomènes hallucinatoires. Sur ces données certaines il af-

firmera, avec la nature de la maladie, l'irresponsabilité du prévenu. En effet, malgré la préméditation indéniable du meurtre, malgré la logique avec laquelle il le justifie, le délirant chronique ne peut être reconnu responsable. Non seulement le délire lui-même, avec ses idées de persécution et la couleur pénible qu'il emprunte aux troubles sensoriels, entraîne une modification complète de l'individualité psychique, mais à cette cause s'ajoutent encore les hallucinations qui interviennent à chaque instant comme une incitation très active aux agressions. L'aliéné, déjà préparé par la nature même de son délire, par ses préoccupations, par les craintes continuelles qu'il a pour son existence, est en outre parfois directement stimulé par l'hallucination et se trouve ainsi doublement porté aux plus dangereuses réactions.

La responsabilité de ces malades a été diversement jugée dans les différents pays ; c'est ainsi qu'en Angleterre les actes de l'aliéné ont été longtemps jugés comme le seraient ceux de l'homme sain placé dans des conditions identiques à celles où les conceptions délirantes mettent le malade. Si l'halluciné donnait un soufflet ou un coup de poing pour une injure supposée, il était acquitté parce qu'un homme sain d'esprit aurait

agi de même pour une insulte réelle ; mais si la gravité de l'acte du malade dépassait celle de l'offense, s'il tuait, par exemple, celui qui l'injuriait, ou le condamnait, c'était un criminel.

Legrand du Saulle (1) avait cru devoir admettre que, « dans les cas légers, le malade n'était pas en entier absorbé par la folie, et qu'un certain nombre de ses actions portait le sceau de sa volonté, d'où la possibilité pour lui de répondre dans une mesure restreinte de ceux de ses actes qui avaient été notoirement accomplis en dehors de conceptions délirantes habituelles ». Cette interprétation, qui ne saurait être applicable aux délirants chroniques, peut s'expliquer dans une certaine mesure, par ce fait que Legrand du Saulle comprenait dans son délire des persécutions des formes mentales très diverses.

Tardieu a résumé ces différentes questions avec beaucoup de netteté ; nous ne saurions mieux faire que de rappeler ses paroles : « L'expert devra avant tout s'attacher à dégager l'idée fixe, la fausse conception prédominante qui dirige et explique les actes de l'aliéné. Pour peu

(1) Legrand du Saulle. *Le délire des persécutions*, 1871.

qu'il apporte dans l'examen une attention suffisante, il reconnaîtra qu'il n'existe chez ces malades, ni lésions de la volonté, ni impulsion homicide, au vrai sens du mot ; mais au contraire que le raisonnement persiste parfois avec une force singulière, avec cette particularité que, s'appliquant aux idées les plus fausses, ou conduit par les hallucinations et les illusions des sens, il enfante des déductions à la fois logiques et insensées et par suite les actes les plus violents et les plus regrettables. A tous les degrés et dans tous les cas, de tels aliénés sont irresponsables et le médecin peut et doit, en toute sécurité de conscience, s'efforcer de les soustraire à des verdicts de condamnation qui atteindraient, non des criminels, mais des malades dignes de pitié. »

Nous avons insisté dans les chapitres précédents sur l'évolution fatale du délire chronique, qui poursuit sa marche inexorable sans permettre aucun espoir de guérison. C'est assez dire que le traitement de la maladie est purement symptomatique, qu'il n'y a point de médication spécifique. Il faut d'abord ne point nuire au malade, se garder des modes thérapeutiques qui, sous prétexte de décongestionner le cerveau, ne font que débiliter le patient et fournir un ali-

ment à ses préoccupations pénibles. Tel est l'emploi des purgatifs, du tartre stibié, des douches données d'une façon systématique et de la trépanation qu'un médecin étranger n'a pas craint d'employer récemment pour pratiquer l'excision des centres corticaux auditifs. La méthode d'intimidation si énergiquement défendue et appliquée par Leuret est définitivement abandonnée. On sait que le médecin de Bicêtre conduisait le malade sous la douche et là, « l'obligeait à parler sensément », à renier ses convictions délirantes, obtenant, grâce à cet agent douloureux, des rétractations « arrachées à sa bouche, mais réprouvées par son esprit ». Dans le service de Baillarger on a expérimenté jadis, à la Salpêtrière, la méthode de Hiffelsheim pour combattre les hallucinations. Le malade portait autour de la tête une série de petites piles réunies en couronne dont les pôles étaient appliqués aux oreilles : un courant galvanique faible traversait le cerveau dans son épaisseur ; ces essais n'ont guère donné de résultat. Moreau (de Tours) a proposé de combattre les troubles sensoriels par les agents thérapeutiques qui, comme le datura stramonium et le haschich, provoquent des hallucinations. C'était là une application de la méthode substitutive ; on espérait remplacer les

troubles hallucinatoires spontanés par d'autres provoqués et faciles à faire disparaître par la suppression du médicament. Ces tentatives ont également échoué : d'ailleurs ne sait-on pas que l'alcool, qui provoque lui aussi des hallucinations, ne fait que rendre plus actives celles du délirant chronique. L'emploi de l'arsenic (Lisle) n'a pas donné plus de succès.

Cependant, s'il est vrai qu'il n'existe pas un traitement du délire chronique qui puisse déraciner une psychose aussi solidement implantée dans l'esprit des patients, il n'en faut pas moins traiter ces derniers en s'inspirant non point de vues théoriques, mais des indieations variables avec chaque sujet et suivant les périodes de l'affection. Les toniques, le fer, le quinquina, les applications hydrothérapiques, les alcalins, l'arsenic sont employés avec avantage quand l'état général du malade l'exige. Inutile d'insister sur l'importance d'une hygiène rigoureuse : ces aliénés, poursuivis par des idées d'empoisonnement, se nourrissent parfois mal, d'une façon insuffisante ou irrégulière ; ils prennent quelquefois des aliments d'une digestion difficile, d'où des troubles digestifs, eause euxmêmes d'une exacerbation des idées délirantes. Il faut donc veiller à la régularité des repas et

12

des garde-robes, proscrire les mets indigestes, les sauces trop épicées, l'usage d'alcool, de liqueurs, de café, ordonner une promenade après chaque repas. Si le malade refuse de s'alimenter ou n'absorbe qu'une quantité d'aliments insuffisante, il ne faut pas hésiter à employer la sonde œsophagienne.

On voit quelquefois dans le cours du délire chronique survenir de l'excitation avec une activité plus grande des troubles sensoriels et du délire. Pendant ces épisodes dont l'intensité reste au-dessous de l'accès maniaque, on emploie avec profit les sels bromurés et les bains tièdes simples ou alcalins. L'insomnie sera combattue par le chloral. Le changement de milieu produit le plus souvent une rémission dans les troubles sensoriels : les voyages, les déménagements des malades sont d'ordinaire suivis d'une phase de tranquillité en général de courte durée.

L'indication primordiale, à laquelle doit répondre le médecin consulté sur les mesures à prendre à l'égard d'un délirant chronique, c'est l'internement du malade, aussitôt que ce dernier devient dangereux. Lorsqu'il désigne et menace l'auteur de ses persécutions, lorsqu'il est arrivé à la phase des réactions violentes, la séquestration devient urgente, car de la menace à l'acte

il n'y a qu'un pas, souvent bien vite franchi. Du reste, la séquestration est habituellement suivie d'une amélioration passagère : elle a le double avantage de placer le patient à l'abri des causes d'excitation qu'il rencontre au dehors et de mettre obstacle à ses agressions. Elle constitue ainsi une mesure qui sauvegarde son propre intérêt tout en assurant la sécurité publique.

Nous sommes arrivés au terme de la tâche que nous nous étions proposée : résumons en quelques lignes les points principaux sur lesquels nous avons insisté dans cette étude. Des malades existent qui, dans le cours d'une évolution délirante fatale, parcourent lentement quatre étapes successives d'inquiétude, de persécution, de grandeur et de démence. Sur ce point la discussion n'est pas possible. En présence de cette forme à marche constante, le clinicien se voit forcé de tenir compte pour la détermination des espèces cliniques, non point seulement de l'aspect symptomatique du malade, mais de l'évolution de la vésanie. Ces formes pathologiques prétendues distinctes et décrites sous le nom de démonopathie, de délire mystique, de mégalomanie, de délire de persécution, de théomanie, ne sont plus pour lui qu'autant d'étiquettes symptomatiques qu'il doit se refuser à compter

au rang d'espèces cliniques véritables. Loin de constituer des entités morbides, il en est parmi elles qui ne sont que les étapes successives d'une même affection qu'on ne peut laisser confondue au milieu des autres psychoses évoluant sur un terrain de dégénérescence. L'importance n'est point de savoir si le sujet est théomane ou mégalomane, s'il est Dieu, roi ou Président de la République, mais de savoir comment il l'est devenu, de bien établir la marche de la maladie, de savoir si la suprême puissance n'a pas été précédée de longues persécutions. Le puissant d'abord persécuté se range dans le délire chronique et, pour le médecin, cela signifie incurabilité. Au contraire, le potentat, devenu grand sans épreuve préalable, se range dans le groupe des dégénérés et l'accès délirant peut être curable. Des observations que nous avons recueillies, des considérations que nous avons exposées, nous sommes amenés à conclure qu'il n'y a pas en réalité une mégalomanie, un délire de grandeur, une folie religieuse, qu'il n'y a pas un délire de persécution, mais qu'il existe une psychose procédant par quatre étapes successives, le délire chronique à évolution systématique.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I

LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET LE DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE.

CHAPITRE II

DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE : PÉRIODE D'INCUBATION ; PÉRIODE DE PERSÉCUTION.

CHAPITRE III

DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE (SUITE). 3e PÉRIODE : DÉLIRE DE GRANDEURS ; 4e PÉRIODE : DÉMENCE.

CHAPITRE VI

APPLICATIONS MÉDICO LÉGALES ET THÉRAPEUTIQUES.



SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

